N° 75
18

DU DIAGNOSTIC

DE LA

PARALYSIE GENERALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 juillet 1905

PAR

M. C. DUBOS

Ex-Interne à l'asile de Montdevergues (Vaucluse)
Interne à la Maison nationale de Charenton (concours 1904)

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
23 FEB 10
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR
Boulevard du Peyrou, 7

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
TRUC..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologique.....	GRYNFELTT.
— — chargé du cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.

Professeur-adjoint : M. RAUZIER.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O.✻), E. BERTIN-SANS (✻).

Secrétaire honoraire : M. H. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, agrégé libre, professeur adjoint.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE.	MM. VIRES.	MM. SOUBEIRAN.
DE ROUVILLE.	VEDEL.	GUÉRIN.
PUECH.	JEANBRAU.	GAGNIÈRES.
GALAVIELLE.	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND.	ARDIN-DELTEIL.	

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. MAIRET, *président.*	MM. BROUSSE, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	ARDIN-DELTEIL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

DU DIAGNOSTIC

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

I

INTRODUCTION

Depuis les mémorables travaux d'Esquirol, de Bayle, de Calmeil, de Baillarger, la paralysie générale a été l'objet d'importantes études et de nombreux travaux. Il est, toutefois, un point de cette étude qui a été quelque peu négligé : c'est le diagnostic. Cette question n'est généralement qu'ébauchée dans les traités classiques ; quatre ou cinq thèses au plus lui ont été consacrées. Encore faut-il observer que leurs auteurs ne traitent pour la plupart qu'un point de vue très spécial. Boiron (1), par exemple, se borne à étudier le diagnostic différentiel de la paralysie générale et du délire des dégénérés. Mendel (2) ne s'occupe que des rapports de la paralysie générale progressive avec les délires systématisés, la

(1) L. Boiron : Du diagnostic de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1889.

(2) Mendel : Die progressive paralysie der Irren. Berlin, 1880.

manie et la mélancolie. Krafft-Ebing (1) s'attache surtout à discerner l'affection au début de l'« épuisement cérébral ».

Du reste, dans ces dernières années, l'aliénation mentale, comme les autres branches de la Médecine, a largement profité des procédés nouveaux d'investigation qui ont considérablement perfectionné les méthodes cliniques. De même que la chirurgie a tiré de puissants moyens de diagnostic de la radiographie, de la division des urines, de l'examen direct des cavités naturelles, que la clinique médicale a appelé à son aide la bactériologie, les séro-diagnostics, l'examen du sang et les multiples procédés de laboratoire, de même les aliénistes ont trouvé dans les appareils enregistreurs de Marey, dans la méthode des empreintes, dans l'olfactométrie et, plus récemment encore, dans la ponction lombaire, des éléments de diagnostic plus rigoureux et plus scientifiques.

Il m'a paru intéressant et utile de coordonner les résultats de ces récentes découvertes avec les données classiques et de préciser le diagnostic de la paralysie générale. Cette question est en effet des plus importantes ; elle intéresse le praticien au même titre que l'aliéniste. Il faut aussitôt que possible avertir les parents de la gravité de l'affection et se prononcer sur la nécessité d'interner un individu qui aura compromis en des spéculations inconsidérées l'avoir de sa famille. Il faut différencier de bonne heure la paralysie générale de la syphilis cérébrale ; il est admis aujourd'hui que le traitement spécifique intensif au lieu de produire de l'amélioration donne un véritable coup de fouet à la maladie et en précipite l'évolution, tandis que dans la syphilis cérébrale il donne d'excellents et très encourageants résultats. Ce diagnostic a surtout de l'importance en médecine légale, car dans la période

(1) Krafft-Ebing : Lehrbuch der Psych.

de début les paralytiques généraux présentent de l'excitation génitale. « Il n'est pas rare d'observer des viols, des attentats ou des outrages publics à la pudeur », dit Vibert (1). Le paralytique général est fréquemment un « exhibitionniste » incorrigible. Ces malades peuvent, en outre, commettre toute sorte d'actes répréhensibles : des indélicatesses, des vols, des crimes même. Il appartient au médecin expert de déceler l'affection et de démontrer l'irresponsabilité de l'accusé.

Ce diagnostic est en général aisé, car l'affection parvenue à la période d'état se présente avec une symptomatologie très nette ; mais « ce diagnostic est difficile au début, car les principaux symptômes sont encore peu accusés (2) ». C'est aussi l'avis du professeur Joffroy (3) : « le diagnostic de la paralysie générale au début présente le plus souvent des difficultés considérables..... » Pour Magnan (4) « c'est un des points les plus délicats et les plus importants aussi de la psychiatrie. » Le professeur Grasset (5) dit de même : « l'intérêt et la difficulté consistent à faire le diagnostisc dans la période de début. »

Ces quelques citations et les considérations qui les précèdent suffisent à justifier l'utilité de ce modeste travail. Il convient toutefois d'en préciser les limites. S'il est toute une série d'affections nerveuses et mentales qui peuvent en im-

---

(1) Vibert : Précis de Médecine légale, 1896, p. 331.

(2) J. Roubinovich : *in* Manuel de diagnostic médical de Debove et Achard, t. II.

(3) Joffroy : in *Journal de Méd. et de Chirurgie pratiques*, 10 juin 1898.

(4) V. Magnan et P. Sérieux : La paralysie générale. Paris, Masson.

(5) Grasset et Rauzier : Traité des maladies du système nerveux, 1894, t. I.

poser pendant quelque temps pour la paralysie générale, il n'en est pas de même pour un certain nombre de cas où il suffit d'un examen superficiel pour assurer le diagnostic. Aussi, laisserai-je de côté les poliomyélites antérieures, la maladie de Landry, les diverses atrophies musculaires, la sclérose latérale amyotrophique. Il en sera de même pour les diverses intoxications chroniques médicamenteuses (opium, atropine, KBr.) La maladie de Friedreich me paraît suffisamment caractérisée par son début dans le jeune âge, la notion d'hérédité et la conservation de l'intelligence. Il me paraît enfin, inutile de discuter le diagnostic de la « grande simulatrice ». L'hystérie se reconnaît aisément à son cachet personnel, à ses manifestations antérieures et à ses stigmates.

Avant d'aborder ce sujet, qu'il me soit permis de dire combien je suis heureux de pouvoir publiquement remercier tous ceux qui pendant le cours de mes études médicales m'ont donné leur enseignement et témoigné leur sympathie.

Je n'aurai garde d'oublier que c'est M. le professeur Mairet qui a su, par ses cliniques magistrales, m'inspirer le goût de l'étude, parfois difficile, de l'aliénation mentale. Il me fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il veuille croire à ma respectueuse reconnaissance.

M. le professeur-agrégé Ardin-Delteil m'a souvent aidé de ses conseils ; qu'il me permette de l'assurer de toute ma gratitude.

J'ai trouvé dans le corps médical de l'asile de Montdevergues des maîtres dévoués et bienveillants. Je ne saurai assez remercier M. le docteur Pichenot, médecin en chef, de toutes ses bontés et du vif intérêt qu'il n'a cessé de me témoigner.

MM. les docteurs Castin et Rodiet, médecins-adjoints de

l'Asile ont également droit à toute ma reconnaissance. Durand tout le temps de mon internat, ils m'ont prodigué leurs conseils, leurs encouragements et éclairé de leur expérience.

A tous, je dis merci.

II

SYMPTOMATOLOGIE ET SÉMÉIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

La symptomatologie de la paralysie générale est bien connue. Pour Grasset et Rauzier, elle est cliniquement caractérisée « par l'association de phénomènes physiques (troubles moteurs surtout) et de phénomènes psychiques (troubles intellectuels de différents ordres) avec un fond constant de démence ».

L'observation suivante fixe assez nettement la physionomie classique de l'affection. Elle montre bien les trois périodes successives qu'avec Klippel (1) la plupart des cliniciens assignent à l'évolution de la paralysie générale: 1° la phase prodromique ; 2° la phase délirante ; et 3° la phase démentielle.

Observation I

(Personnelle)

Paralysie générale classique. — Alcoolisme

Paul F...., 35 ans, caissier dans un grand magasin. Bonne instruction.

Antécédents héréditaires : Père mort à 40 ans de rupture d'anévrysme; mère vivante et bien portante, « nerveuse » ; un frère normal.

---

(1) Klippel : Les paralysies générales : in *L'Œuvre Médico-Chirurgicale*, n° 11, 1898.

Antécédents personnels : Rougeole à 5 ans, scarlatine à 10 ans et fièvre typhoïde à 13 ans. Quelques excès alcooliques au régiment. Pas de syphilis.

Évolution de la maladie : il y a deux ans et demi environ, devint très assidu à son bureau où il passait la moitié de ses nuits à recopier inutilement jusqu'à dix fois de suite le même registre. Il propose à son directeur un nouveau procédé de comptabilité beaucoup plus compliqué que celui dont il faisait usage. Il veut devenir polyglotte et, à cet effet, entreprend à la fois l'étude de cinq langues étrangères. En même temps, on s'aperçoit qu'il commet quelques omissions dans ses calculs.

Il se plaint parfois de céphalée frontale avec vertiges et d'une douleur intercostale.

Jusque-là fort réservé dans ses paroles, il tient des propos obscènes aux clientes et aux commises; il n'entretient plus ses collègues que de ses prouesses vénériennes, il va même un jour jusqu'à l'exhibitionnisme, ce qui motive son renvoi.

Le lendemain, il revient au bureau, ne se rappelant plus des incidents de la veille. Dès ce moment, les troubles de la mémoire s'accentuent. Quand il a lu un article de journal, il lui arrive souvent de le relire attentivement, croyant le parcourir pour la première fois. Il oublie le nom des rues et il s'égare quelquefois dans son propre quartier.

Il entre alors comme placier chez un marchand de bicyclettes ; il propose à son patron des combinaisons mécaniques extraordinaires ; il veut créer un modèle de vélocipède à 5 roues. Il se croit en même temps très fort et veut aller courir le championnat du monde.

Il se montre coléreux, irascible, violent ; il menace et frappe même sa femme avec beaucoup de brutalité, mais quelques minutes après, il lui jure son amour et la couvre de caresses.

Un jour, en l'absence du patron, il met le feu à une poignée de billets de banque. Soumis à un examen médico-légal, il est déclaré irresponsable et considéré comme un paralytique général probable ; il est interné aussitôt.

Bientôt apparaissent des troubles moteurs caractéristiques : parésie des membres inférieurs avec exagération des réflexes patellaires plus marquée à droite. Tremblements de la langue et des mains. Embarras de la parole. Il hésite pour « attaquer » le mot et articule mal; il prononce « aàrtrireur... d'artrirïi,.. ». Inégalité pupillaire : pupille D > G, la réaction à la lumière est paresseuse.

Le délire des grandeurs absurdes s'installe définitivement. Il est le plus beau et le plus fort de sa section ; il est très riche, l'asile est à lui et tout le monde y est à son service ; il a 8.000 chevaux et un million de maisons. Vagues idées de persécution.

Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien limpide, mais contient plus d'albumine qu'à l'état normal. Sérine. 15 à 20 lymphocytes et mononucléaires par champ de microscope.

Le malade a un ictus avec température élevée (T. = 39°8) ; il se remet lentement mais la démence est désormais complète. Il est confiné au lit, il peut à peine parler et il faut l'alimenter. Il est complètement gâteux. Un mois et demi après, il a une nouvelle attaque apoplectiforme ; il reste dans le coma pendant 3 jours, mais des escharres profondes évoluent rapidement et il meurt 9 mois après son entrée à l'asile.

A l'autopsie, on trouve les lésions habituelles de la paralysie générale.

Première Période. — Les phénomènes du début, ceux

qui constituent cette phase prédélirante sont souvent difficiles à déterminer; ils sont bien étudiés dans la thèse inaugurale de Mobèche (1). Leur constatation est très importante pour arriver à un diagnostic précoce. « Le médecin, dit Christian, devra se préoccuper d'une façon toute spéciale des troubles morbides que l'on voit survenir chez l'homme dans la période de la vie où il est exposé à la paralysie générale ».

Ce début est généralement insidieux ; on peut observer des tressaillements, des soubresauts et des spasmes musculaires. Magnan a insisté sur ce fait que les artisans sont obligés de cesser les travaux délicats tels que l'horlogerie. Pour le même auteur (2), « les lésions nerveuses périphériques précèdent souvent de plusieurs années le moment où la maladie éclate avec son cortège de signes non trompeurs ». Christian et Maraudon de Montyel ont attiré l'attention sur le mal perforant plantaire « qui peut être le premier trouble trophique d'une paralysie générale au début ». On a cité des œdèmes à résorption difficile, des érythèmes. Déjérine (3) rapporte l'observation d'un malade ayant présenté des bulles de pemphigus au début de sa paralysie générale. Dupau (4) cite plusieurs observations de zona et plus particulièrement de zona ophtalmique ayant précédé de 5, 7 ou 10 mois l'éclosion des accidents. Il conclut en disant : « Un zona facial, survenant chez un individu qui paraît en bonne santé peut bien être le premier éclat, et un éclat très antérieur de ce travail dégéné-

---

(1) Mobèche : De la période prodromique de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1874.

(2) Magnan : Leçons cliniques de l'asile Sainte-Anne, 1880.

(3) Déjerine : *Archives de physiologie norm. et path.*, 1876.

(4) Dupan : Du zona dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1898.

ratif qui aboutit à la méningo-encéphalite. » Ramadier (1) rapporte quatre cas analogues.

Charcot (2) a souvent insisté sur la valeur diagnostique considérable de la migraine ophtalmique accompagnée. Baudrou (3) cite des cas où elle a précédé de 10 mois et plus la paralysie générale confirmée.

La céphalalgie est pour Régis (4) beaucoup plus fréquente dans la paralysie générale que dans toutes les autres vésanies.

Voisin attribue aux troubles de l'odorat une grande importance dans le diagnostic de la paralysie générale : 1° parce que c'est un signe de début ; 2° parce qu'il est constant ; 3° parce qu'il est facile à percevoir et 4° parce qu'il n'appartient pas à d'autres affections mentales. On observe presque toujours de l'hyposmie et souvent même de l'anosmie absolue. Cette recherche est délicate mais est bien facilitée par l'emploi d'appareils spéciaux. Le plus simple et le plus rigoureux est l'olfactométre de Zwaardemaker. Le paralytique général au début ne peut en général différencier l'odeur du musc de celle de la créosote ou du poivre.

Dans d'autres éas, au lieu de ces troubles névritiques, l'affection se manifeste par des modifications dans le caractère. D'un naturel gai, affectueux et calme, il devient sombre, irritable et violent. Un tel, sobre, rangé, économe, devient buveur, tapageur, libertin, prodigue. Tel autre, jadis apathi-

---

(1) Ramadier : Contribution à l'étude des trophiques dans la paralysie. Thèse de Paris, 1894.

(2) Charcot : Leçons du Mardi (1887-1888).

(3) Baudron : De la possibilité d'un diagnostic précoce de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1895.

(4) Régis : L'Encéphale, 1885, p. 579.

que, veut sans raison travailler, faire des recherches scientiques, espère être l'auteur d'ouvrages célèbres et faire des découvertes. Celui-ci, jusque-là sans ambition, va faire de la politique et parler dans les réunions publiques (H. Lalande) (1).

Le malade est doué d'une suractivité morbide qui masque les premiers phénomènes de dégradation intellectuelle. Cette activité anormale a, comme dans l'observation ci-dessus rapportée, le caractère d'une excitation professionnelle. Ball cite l'exemple d'un journaliste qui se mit à écrire des vers nuit et jour pendant quelque temps. Le commerçant se livre à des spéculations audacieuses qui le ruinent le plus souvent. Ces malades sont quelquefois en proie à une activite dévorante. Marcé cite un individu qui frottait toute la journée, avec ardeur, les meubles et l'escalier de sa maison. Maignial (2) rapporte le cas d'une femme de ménage qui se levait pendant la nuit pour laver la vaisselle et ranger l'intérieur de parents chez qui elle était en visite.

Cette excitation générale s'exerce aussi bien sur le sens génésique ; le malade alors se livre cyniquement à l'exhibitionnisme ou à l'onanisme en public. Il n'a plus de retenue, interpelle toutes les femmes et ne recule pas devant les tentatives de viol. Christian fait toutefois remarquer, qu'on ne doit pas s'en tenir aux apparences ; il faut provoquer les confidences de leur épouse. On sera alors surpris d'apprendre que le même individu qui recherche toutes les femmes et vante sans cesse sa puissance génitale est à peu près impuissant.

---

(1) H. Lalande : Symptômes et diagnostic de la maladie de Bayle. Thèse de Paris, 1899.

(2) H. Maignial : Diagnostic de la paralysie générale. Thèse de Toulouse, 1896.

Il est possible que cette suractivité donne le change et permette d'étaler de brillantes facultés. Mais « l'observateur attentif remarque déjà quelques absences de mémoire et d'intelligence, de véritables lacunes dans les conceptions, en un mot des traces non contestables de démence commençante », dit Fabret ; c'est de la « démence larvée », ajoute Maignial. Il agit avec une inconscience déconcertante, révélant à tout venant ses actions répréhensibles. Vient-il, ce qui est assez fréquent, à commettre un larcin, il l'accomplit dans des conditions qui ne laissent aucun doute dans l'esprit d'un praticien exercé. Un tel vole une pomme à un étalage, en présence du propriétaire, et sans précaution aucune ; tel autre, s'emparant d'un fût de vin, réclame l'aide d'un agent de police.

Les troubles de la mémoire sont à peu près constants ; ils s'étendent d'abord aux faits les plus récents : le malade ne se rappelle plus le soir ce qu'il a fait dans la journée, il oublie toutes ses promesses, manque tous ses rendez-vous. Les opérations les plus simples deviennent un véritable travail ; il se fatigue vite. M. le professeur Mairet a l'habitude, dans son service, de faire énumérer à l'envers les 12 mois de l'année. Il est frappant de voir la difficulté croissante manifestée par un individu dont la mémoire et l'intelligence paraissaient absolument intactes. Il mêle, il confond les dates et les faits historiques ; il fait de stupéfiants anachronismes.

Cet affaiblissement intellectuel se manifeste au surplus dans l'expression des idées. Tel orateur consommé cherche en vain le mot propre qui lui échappe. Fait-on écrire le paralytique général, à cette période encore peu avancée de la maladie, il commet des fautes légères, fait des métathèses de lettres, redouble inopinément les consonnes, oublie ou répète parfois une syllabe. Ce sont là évidemment des nuances, mais elles sont suffisantes pour prévoir l'évolution ultérieure de l'affection commençante.

Enfin, et pour terminer cet exposé, déjà long, de la phase prodromique, le malade présente par intervalle des phénomènes de lassitude générale. Comme le neurasthénique, il se croit alors atteint d'une foule de maladies, visite tous les médecins les uns après les autres, entreprend tout et ne finit rien. Sa volonté est faible ; il a des névralgies, de la céphalée et des bourdonnements d'oreille. Mais, remarque G. Ballet (1), l'abattement est de courte durée et l'excitation reprend bien vite le dessus.

Deuxième Période. — Cette phase délirante peut aussi s'appeler la période d'état. La maladie est alors confirmée, le tableau symptomatique est au complet. Cette seconde période est en effet caractérisée par un acheminement progressif vers la démence et par l'apparition de troubles moteurs. Pour la facilité de l'exposition, on divise les symptômes en deux catégories : les troubles psychiques et les troubles somatiques.

A. *Troubles psychiques.* — L'affaiblissement de la mémoire que présentait le paralytique général au début s'est considérablement accentué. L'amnésie ne porte plus seulement sur les faits récents ; elle englobe aussi les faits passés. Le malade a perdu le souvenir des principaux événements de sa vie ; il ne se souvient plus de son âge, de la date de sa naissance ou de son mariage et parfois même de ses nom et prénoms. En se renseignant auprès de l'entourage habituel du malade, on apprend que l'aggravation a été régulièrement progressive et que pendant les périodes de rémission (s'il y en a eu), l'amnésie a rétrocédé. Tous ces différents troubles

---

(1) G. Ballet : Période prodromique de la paralysie générale à forme neurasthénique ; in *Semaine Médicale*, 1893.

de la mémoire ont été particulièrement bien étudiés par Boudon (1).

Les troubles intellectuels ont suivi la même progression que ceux de la mémoire ; c'est un véritable délire qui s'installe. C'est d'abord une simple « euphorie ». Le paralytique général et content de lui et satisfait des autres : il est beau, fort, robuste et a beaucoup d'amis. Il en arrive à « exalter son moi » (Ball) ; à partir de ce moment, apparaît le délire classique à idées de grandeur. Il est plus puissant que tout le monde, il pourrait porter 1.000 kilos à bras tendu. Il est aussi très riche, il a des millions, des milliards et des billions de trillards. Il a des châteaux et des équipages. Plus tard, il a toute sorte de titres : il est roi, empereur, pape, Dieu ou la Nature. Les femmes, comme dit Régis (2), ne parlent que des plaisirs de l'amour, vantent leurs charmes, veulent épouser un prince, etc. ; elles ont des millions d'enfants et leurs organes génitaux sont en or.

Ce délire expansif est certainement le plus fréquent ; mais il s'en faut qu'il en soit ainsi dans tous les cas. On observe souvent au contraire un état hypocondriaque très net. La dépression est très accentuée et peut même arriver à la stupeur. Le malade alors accuse des idées de négation : il n'a plus d'intestins, ni d'estomac et son cœur est en décomposition. A cet ensemble clinique s'ajoutent parfois des idées de culpabilité et de ruine, complétant ainsi les analogies avec le syndrome de Cotard. Il peut y avoir aussi ce que Materne a appelé la « micromanie » ; le malade se croit rapetissé et réduit au volume du poing ou à celui d'un œuf de poule.

---

(1) Boudon : De l'amnésie dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1886.

(2) Régis : La paralysie générale chez la femme. Paris 1882.

Mais quelle que soit la forme du délire, que celui-cit soit ambitieux ou mélancolique, il porte toujours le cachet de l'absurdité, il est toujours « frappé au coin de l'affaiblissement intellectuel ». Son exagération est caractéristique. « On trouve toujours, dit Suard (1), l'empreinte d'un commencement de démence dans la mobilité et l'absurdité des conceptions délirantes. » Que dire, en effet, de ce malade qui prétend avoir un million de chevaux et de cet autre que je me rappelle avoir vu dans le service de M. le professeur Mairet et qui non content d'être Dieu s'attribua le titre de « Père de Dieu », sinon que leur délire est absurde et incohérent. Au surplus, ce délire est mobile et parfois même contradictoire. M. Magnan a indiqué que si au milieu de cet étalage de richesses, on demande au paralytique général quelle est sa profession, il répond avec une admirable inconscience : « Je suis cordonnier et je gagne 55 sous par jour. » On peut donc, à cette seconde période, pressentir la démence prochaine et l'effondrement radical des facultés intellectuelles qui marqueront la phase ultime de la maladie.

Parallèlement aux progrès des troubles intellectuels, s'affaiblit le sens moral. Le paralytique général est désormais la proie d'impulsions morbides qui lui feront commettre de nombreux actes criminels ou répréhensibles. C'est la « période médico-légale » de Legrand du Saulle. Kleptomane, incendiaire ou meurtrier, le paralytique général finit le plus souvent par échouer dans le cabinet d'un juge d'instruction. Il se livre à des entreprises folles où il se ruine, lui et les siens ; il fait des achats considérables et vend sa marchandise à des prix dérisoires. Pour ces divers motifs, son internement dans un asile est absolument nécessaire.

---

(1) P. Suard : Cours de séméiologie médicale, 1899, p. 526.

B. *Symptômes physiques.* — En même temps que se précisaient les troubles psychiques, des troubles somatiques du plus haut intérêt faisaient leur apparition. Les masses musculaires semblent perdre de leur vigueur ; le malade se lève lentement et lourdement, il se rassied pesamment. Il a toutes les peines du monde à se tenir sur un pied, les yeux ouverts (ce qui distingue cette difficulté de l'équilibre du signe de Romberg). La pression de sa main est peu vigoureuse : le malade présente de la parésie généralisée. Pour se rendre compte de la puissance musculaire de la langue, on se sert du glosso-dynamomètre imaginé par Féré. Le dynamomètre usuel permet de constater que la vigueur musculaire est considérablement amoindrie. On n'obtient que des chiffres bien au-dessous de la moyenne ; 16, 18,20, au lieu de 30, 40, 50.

A côté de ces troubles parétiques, il faut signaler des tremblements multiples. « Le symptôme physique primitif, dit Farabeuf (1), consiste dans les tremblements des commissures des lèvres et des angles externes des yeux. L'agitation continuelle de la paupière inférieure, le tremblement des muscles grands zygomatiques sont des signes patognomoniques. » La langue présente au repos des tremblements fibrillaires pittoresquement désignés par Baillarger sous le nom de tremblements vermiculaires. Lorsqu'elle est attirée en dehors de la bouche, elle présente des mouvements de va et vient très nets, mouvements de trombone (Magnan). Les membres supérieurs et inférieurs sont le siège de pareilles manifestations trémulatoires beaucoup plus accentuées au niveau des mains. Ces tremblements sont avec leur maximum de netteté lorsque le bras est dans l'attitude du serment, les doigts écartés. Il faut examiner sur des graphiques le nombre, le

(1) Farabeuf : De la physionomie chez les aliénés. Thèse de Paris, 1898.

rythme et l'amplitude des oscillations. A la Salpêtrière on fait usage de l'appareil de Fernet (1), perfectionné par Dutil (2). Le plus simple et le plus exact de tous les systèmes, est certainement le procédé photographique. On fixe à cet effet une lampe électrique sur la main du sujet en expérience et on enregistre sur un papier sensible se déplaçant uniformément tous les déplacements du point lumineux. La ligne obtenue correspond au tracé des oscillations.

Ces tremblements si nets de la langue et des lèvres s'accompagnent forcément de troubles dans l'articulation des mots. Les troubles de la parole, bien étudiés par Voisin (3), constituent en effet un symptôme capital de l'affection. Il y a d'abord de l'hésitation à l'attaque du mot; il semble que le malade a peur de lancer le mot, qu'il est arrêté et qu'il se décide brusquement. L'articulation est traînante; il y a de l' « achoppement syllabique » (Kussmaul) et des accrocs. Il ne peut prononcer plusieurs fois de suite certains mots un peu longs comme immatriculation, architecturalement, etc.

Pour la même raison, l'écriture du paralytique général sera caractéristique. « La trace du tremblement, dit Vibert, est manifeste surtout sur les lettres à longs jambages. A un degré plus avancé, les lignes divergent, s'enchevêtrent les unes dans les autres, les caractères deviennent illisibles en même temps que la démence se décèle par l'incohérence des idées exprimées ». Les traits sont tremblés, le malade oublie des lettres, des syllabes ou même des mots. On peut comparer les écrits faits à des périodes différentes; on s'aperçoit

---

(1) Fernet : Thèse d'agrégation, 1872.

(2) Dutil : Thèse de Paris, 1891.

(3) Voisin : Des troubles de la parole dans la paralysie générale : in *Arch. de Méd.*, 1876.

ainsi de modifications notables dans l'écriture. Je dois enfin faire remarquer l'importance capitale de cet examen dans la médecine légale des aliénés lorsqu'il s'agit, par exemple, de discuter la valeur d'un testament.

Cette parésie musculaire généralisée accompagnée de tremblements, va évidemment modifier la marche. Les troubles locomoteurs ont été souvent et longuement étudiés par les classiques. Marey a imaginé des chaussures spéciales et des enregistreurs multiples, mais ces appareils sont « d'un maniement trop délicat pour pouvoir sortir du domaine du laboratoire » (1).

Gilles de la Tourette (2) a, dans sa thèse inaugurale, recommandé le procédé des empreintes déjà préconisé par Neugebauer. La pratique en est très simple ; on frotte au sesquioxyde de fer la plante des pieds du sujet et on le fait marcher le long d'une ligne droite tracée sur une bande de papier longue de 7 à 8 mètres. On observe ainsi que le paralytique général a de l'incertitude dans sa démarche, celle-ci est embarassée, gauche, hésitante ; les pas sont lents, inégaux, trébuchants et sont tremblés. « Cette allure n'est comparable qu'à celle des acteurs qui miment la marche dans l'obscurité. »

Les réflexes tendineux sont altérés ; ils sont très rarement normaux. G. Renaud (3) a consacré sa thèse à leur étude ; je ne saurais mieux faire que de rapporter ses conclusions : « Les réflexes sont exagérés dans la grande majorité des cas ;

---

(1) A. Sallard : *in* Manuel Debove et Achard.

(2) Gilles de la Tourette : Étude clinique et physiologique sur la marche. Thèse de Paris, 1886.

(3) G. Renaud : Étude des réflexes dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1893.

au début de l'affection, l'exagération est la règle.» Cette conception est désormais classique, aussi n'insisterai-je point.

La question des troubles oculaires a suscité de nombreux travaux et de nombreuses discussions. G. Ballet (1) a fait ressortir leur importance. « Les troubles oculaires n'ont été envisagés, dit-il, que comme des symptômes de deuxième ordre, accessoires en quelque sorte et n'ayant pas la même valeur clinique que d'autres troubles, considérés avec raison comme cardinaux, les troubles de la parole et les troubles psychiques, par exemple. Je considère qu'il n'est pas légitime de reléguer ainsi les symptômes oculaires à l'arrière-plan..., ils constituent, au contraire, des manifestations de grande valeur pour le diagnostic de l'encéphalite diffuse.» Le trouble capital est l'ophtalmoplégie interne. Hutchinson (2) a appelé ainsi la paralysie intéressant le constricteur de la pupille et le muscle ciliaire. Elle est cliniquement caractérisée :

1° Par la paresse ou l'abolition de la constriction pupillaire à la lumière ;

2° Par des troubles de l'accomodation. Le sphincter pupillaire étant parésié, on n'observe pas de myosis dans la vision des objets très rapprochés. D'autre part, à cause de la parésie accomodatrice, le sujet ne peut lire à une distance inférieure à vingt centimètres.

3° Par de l'inégalité, pupillaire et de l'irrégularité pupillaire. L'inégalité, mise en évidence par Baillarger (3),

---

(1) G. Ballet : Les troubles oculaires dans la paralysie générale ; in *Progrès Médical*, 10 juin 1893.

(2) Hutchinson : *Notes on the symptom. significance of different states of the pupil*, Brain, avril 1878. — *Transact. méd. chirurg.*, London, 1879.

(3) Baillarger : *Gazette des Hôpitaux*, mai 1850.

a été constatée depuis par tous les observateurs. C'est le signe le plus grossièrement évident de tous, La pupille est plus souvent dilatée que retrécie.

Ces troubles généralement très nets sont très importants. Parinaud, qui a beaucoup étudié les relations des troubles oculaires avec les maladies du système nerveux, écrit : « L'ophtalmoplégie interne est, selon moi, presque toujours en rapport avec la paralysie générale ; elle est souvent une manifestation précoce de la maladie. » Je tiens à citer l'observation suivante, empruntée au docteur Jocqs ; elle confirme cette appréciation.

Observation II

X..., 36 ans, dessinateur. Inquiet de voir baisser sa vue, il va consulter le docteur Jocqs. Celui-ci observe une ophtalmoplégie interne très nette : inégalité pupillaire, parésie à la lumière et à l'accomodation. Aucun trouble mental. Intrigué par ces symptômes oculaires, on présente le malade au docteur Ballet.

Celui-ci constate une légère diminution de la mémoire, un peu d'hésitation dans la parole et, par instants, un très léger tremblement de la langue et des mains ; il en fait un paralytique général.

L'évolution de la maladie justifia ce diagnostic.

A coté de ces troubles fondamentaux, on a cité quelques cas de paralysies musculaires, manifestées par du strabisme ou du ptosis. Voisin, Magnan et Duterque (1), ont décrit des lésions du fond de l'œil : atrophie et œdème de la papille, etc., mais pour Gowers et plusieurs auteurs, ces lésions

(1) Duterque : in *Annales médico-psychologiques*, septembre 1882.

relèvent plutôt de l'association du tabes à la paralysie générale.

Les travaux de Widal, Ravaud et Sicard, de Joffroy, de Babinski et de leurs élèves, ont contribué à créer le diagnostic cytologique des réactions méningées. Au congrès de Grenoble (août 1902). Joffroy et Mercier (1) ont montré toute l'utilité de la ponction lombaire en psychiatrie. Depuis lors, les recherches se sont multipliées et le cytodiagnostic est actuellement entré dans la pratique courante des hôpitaux et des Asiles.

Ce qui frappe d'abord à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien du paralytique général, c'est l'hypertenson. Au lieu de s'écouler goutte à goutte comme à l'état normal le liquide s'écoule en jet. On a voulu voir dans cette tension exagérée la preuve du processus méningé ; mais il est très difficile de faire des constatations rigoureuses, la tension variant à l'occasion du moindre mouvement. On a eu alors recours à un petit manomètre spécial ; alors qu'à l'état normal, la pression varie entre 40 et 60 millimètres, on peut obtenir des chiffres énormes jusqu'à 700 millimètres, surtout lorsque le malade vient à faire un effort intempestif, qu'il tousse, parle ou se mouche. Aussi les avis sont-ils très partagés et tandis que pour Rieken (2), « l'hypertension avec symptômes de compression modérée signifie affection chronique », pour Marfan « cette hypertension n'indique rien au point de vue diagnostic ».

Sa couleur est variable : le plus souvent d'une limpidité eau de roche, il peut être louche (fibrine) ou présenter une

---

(1) Joffroy et Mercier : De l'utilité de la ponction lombaire pour le diagnostic de la paralysie générale. XIIe Congrès des méd. aliénistes et neurologistes, Grenoble (août 1902).

— *Revue neurologique*, 31 août 1902, p. 825.

(2) Rieken : *Deutsch. Arch. für Klin. Médicin*, 1895.

teinte rosée, hémorragique. Sicard a même institué sur la variation de ces teintes toute une méthode qu'il a appelée le « chromodiagnostic ». Mais au point de vue spécial de la paralysie générale, ces constatations ne semblent pas avoir une grande valeur clinique.

Il en va tout autrement de l'examen chimique. Tandis qu'à l'état normal, en effet, le liquide céphalo-rachidien contient très peu d'albumine, il peut en renfermer à l'état pathologique des quantités considérables. J'en ai personnellement dosé (avec l'approximation que donne le tube d'Esbach) 1 gr. 75, 2 grammes et 2 gr. 50 par litre. Cette augmentation de l'albumine est constante dans la paralysie générale. De plus, Guillain, Paraut et Armand Delille, ont indiqué que si on traitait le liquide normal par le procédé d'Hammarsten, c'est-à-dire en le filtrant après saturation par le sulfate de magnésie à froid, le liquide restait limpide quand on le soumettait à l'action de la chaleur. Au contraire, le liquide pathologique contient outre la sérumglobuline précipitée par le sulfate de magnésie de la sérumalbumine (ou sérine). Aussi, après filtration le liquide perd de sa limpidité à l'ébullition par coagulation de la sérine. On peut considérer comme anormale et pathologique la présence de sérine dans le liquide céphalo-rachidien.

On y trouve encore des quantités variables d'un corps réducteur de la liqueur de Fehling; mais jusqu'à maintenant on n'a pu retirer aucun renseignement pratique de cette notion.

Pour l'examen cytologique, après centrifugation, on colore le culot (préalablement étendu et fixé sur une lamelle) à l'hématéine-éosine. On observe alors des lymphocytes en nombre variable : 10, 15, 30 par champ de microscope. « Mais dans quelques cas, disent F. Widal et J. Sicard, (1), surtout

(1) F. Widal et J. Sicard : *in* Pathologie générale de Bouchard, 1903, t. VI, p. 614.

au moment de certaines poussées aigües, on peut voir des polynucléaires. » La plupart des neurologistes et des auteurs qui se sont occupés de cytodiagnostic sont très enthousiastes et veulent voir dans ce procédé une rigoureuse certitude. Qu'il me suffise de citer à cet égard l'appréciation de Roubinovith : « En somme, le cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien peut contribuer à l'heure actuelle à faire le diagnostic précoce de la paralysie générale; il peut être également indiqué dans la médecine légale de la méningo-encéphalite. »

Troisième Période. — Par les progrès de l'affection, parfois coupée par des rémissions plus ou moins durables, le malade arrive insensiblement à la phase démentielle, phase terminale ou de cachexie physique et morale. Ce qui domine ici, c'est la démence, c'est-à-dire l'affaiblissement complet, radicale et définitif des facultés intellectuelles. Le délire de la période précédente a d'abord paru s'améliorer; mais ce n'était qu'une apparence, une illusion. En réalité, le délire s'amendait parce que peu à peu le malade perdait la faculté de délirer. Les conceptions délirantes sont réduites au minimum; il n'y en a plus que deux ou trois et elles sont parfaitement absurdes. Le paralytique général est désormais réduit à la vie végétative; il est incapable de penser et d'avoir une émotion quelconque. Il sourit béatement, grince des dents une grande partie de la journée et néglige les soins de propreté les plus élémentaires.

Les parésies se sont aggravées et le malade présente des paralysies portant sur l'ensemble du système musculaire. La marche est impossible ; il est confiné au lit qu'il souille de ses déjections. Il faut l'alimenter. L'écriture est totalement

---

(1) Weygaudt-Roubinovitch : Atlas manuel de Psychiatrie, p. 484.

impossible ; il n'arrive qu'à faire quelques traits tremblés en zigzag. La parole est bredouillée, inintelligible.

En même temps, apparaissent des troubles trophiques, desquammation épithéliale, escharres fessières ou sacrées à évolution rapide, mal ferforant plantaire, etc.

On assiste le plus souvent à des phénomènes nerveux graves. « Il peut y avoir, dit Foville, de véritables convulsions, tantôt générales et analogues aux grands accès d'épilepsie, tantôt partielles et localisées. » Le malade a des ictus apoplectiformes ; il tombe avec perte de connaissance et stertor. Mais le coma se dissipe assez rapidement et le malade revient peu à peu à lui.

Au milieu de ce marasme général, de cette cachexie avancée, le malade meurt parfois brusquement, mais généralement après un ictus ou du fait d'une maladie intercurrente.

Cette longue séméiologique (trop longue sans doute aux yeux du lecteur) m'a paru nécessaire. Elle facilite du reste considérablement la tâche qu'il reste à accomplir. Mieux qu'une brève symptomatologie, cette étude minutieuse des troubles de la paralysie générale aux trois étapes cliniques de son évolution, permet de bien la différencier des affections qui s'en rapprochent par leur élément paralytique ou par les troubles psychiques les plus divers. A l'exemple de Lalande, je vais maintenant aborder le diagnostic différentielde la paralysie générale partielle avec les nombreuses « neuropathies » qui peuvent la simuler et prêter à confusion.

III

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE A LA PHASE PRODROMIQUE

A cette première période (phase prédélirante), le diagnostic est de la plus grande difficulté parce que, suivant la remarque de G. Ballet, la maladie « ne s'est pas encore révélée par un de ses grands symptômes ». On peut alors confondre les phénomènes pathologiques présentés par le futur paralytique général avec ceux de la neurasthénie, de la mélancolie, de l'excitation maniaque et de la folie circulaire,

A. *Neurasthénie.* — Le paralytique général a souvent, au début de l'affection, de l'apathie, de l'indifférence, de la lassitude. Le neurasthénique, lui aussi, est aboulique ; il néglige sa famille, ses intérêts, ses devoirs sociaux et sa tenue. Comme le paralytique général, le neurasthénique oublie des lettres et des mots entiers lorsqu'il écrit ; il a de l'asthénie musculaire, il présente le plus souvent l'abolition du réflexe crimastérien. Comme pour lui, sa mémoire perd de la vivacité ; il oublie les choses les plus importantes. Son caractère a changé, il devient triste, impatient, préoccupé par sa santé et par ses affaires qu'il croit voir péricliter.

Au point de vue physique, le neurasthénique présente comme le paralytique général des tremblements, de la mydriase, parfois même de l'inégalité pupillaire et de la parésie généralisée.

La pupille réagit à la lumière, mais faiblement et se relâche beaucoup plus rapidement qu'à l'état normal.

Pour compléter l'analogie, il faut rappeler que de Crozant (1), Michéa (2) ont insisté sur les troubles de la sensibilité dans la période prodromique de la paralysie générale. Teissier a signalé un certain nombre de névralgies viscérales. J'ai déjà cité les névralgies intercostales et la céphalée.

En fait, le diagnostic est le plus souvent très difficile et il est parfois peu aisé de déterminer si l'on a à faire au syndrome de Beard ou à un de ces débuts de paralysie générale à forme neurasthénique si bien étudiés par Ballet dans une de ses leçons. Une étude approfondie permet cependant de trouver des caractères différentiels bien marqués.

1° Les stigmates permanents de la neurasthénie se retrouvent très rarement au complet dans la paralysie générale. La céphalée affecte très rarement la forme en casque des « galeati » de Charcot, la rachialgie, la plaque sacrée, les insommies rebelles, la spermatorrhée et les vertiges sont rares dans la paralysie générale, très fréquents au contraire dans la neurasthénie.

2° Ce qui caractérise le paralytique général, c'est l'affaiblissement intellectuel : aussi, dit Klippel, « le neurasthénique a une intelligence paresseuse, le paralytique général a une intelligence diminuée ».

Tandis que le neurasthénique se rend un compte exact de sa situation et de ses actes, le paralytique général est absolument inconscient, ne s'en inquiète pas et n'en souffre nullement.

Tandis que le premier souffre de ses phobies et de ses craintes, le second est content de lui-même, heureux de vivre ; il est incapable d'analyser ses idées dépressives et d'en

---

(1) De Crozant : in *Revue Médicale*, 1846.

(2) Michéa : *Gazette Hebdomadaire*, 1863.

être affecté. « On est surpris, dit Ballet, de voir ce neurasthénique paralytique qui tout à l'heure accusait de si violentes souffrances et se plaignait au plus haut point de sa santé, oublier ses douleurs sous l'influence d'une conversation qui l'intéresse, et causer avec enjouement et avec entrain ».

Les idées du paralytique général sont en effet très fugaces, très mobiles ; le neurasthénique, au contraire, vit ses craintes, rien ne peut détourner le cours de ses idées noires ; quand on lui fait espérer la fin de ses tourments, il ne manque pas de répondre : « Hélas ! je sais bien que je ne puis guérir ! » Les mêmes phénomènes douloureux persistent longtemps ; on peut les retrouver plusieurs mois après le début, aussi forts et aussi vivaces que le premier jour.

3° On trouve dans la paralysie générale, des troubles congestifs (attaques apoplectiformes, crises épileptiformes) très rares dans la neurasthénie. La constatation d'un tel phénomène est un indice de grande valeur en faveur du diagnostic de la paralysie générale.

4° Les troubles de la statique et de la marche, si bien étudiés par Gilles de la Tourette et par Blocq (1) plaident encore contre la neurasthénie. Dans cette affection, on n'observe qu'une imitation grossière de l'embarras, de l'incertitude, de l'hésitation caractéristique du paralytique général. Quand ils existent dans la neurasthénie, ils sont moins marqués et surtout moins permanents.

5° Krafft-Ebing (2) dit que l'examen du champ visuel permet de faire ce diagnostic avec précision. Son assistant, le docteur Kornfeld, a observé un grand nombre de paralytiques généraux et de neurasthéniques.

---

(1) Blocq : Troubles de la marche dans les maladies nerveuses ; Bibliothèque médicale Charcot-Debove.

(2) Krafft-Ebing : Festschrift. Illenau. Heildelberg, 1892, p. 96.

Il affirme que chez ces derniers, le champ visuel est absolument normal pour les différentes couleurs. Chez les paralytiques généraux, au contraire, on observe une dyschromatopsie très nette, le malade présente un rétrécissement concentrique très marqué pour le blanc. Dans les cas avancés, la vision est seulement centrale. Kornfeld n'a jamais trouvé cependant de lésions ophtalmoscopiques permettant d'expliquer ce fait.

6° Enfin, à une date récente, on a cherché dans l'examen du liquide céphalo-rachidien une base d'appréciation plus rigoureuse. La ponction lombaire permet objectivement de différencier par la présence ou l'absence de lymphocytes et de sérine, la paralysie générale de la névrose neurasthénique. La lymphocytose a dans ce cas une réelle valeur : elle a souvent permis aux auteurs, et en particulier à notre Maître le docteur Castin (de Montdevergues), de déceler la redoutable encéphalite diffuse à la phase prodromique. Il conviendra donc, dans ces cas difficiles, de recourir à la ponction lombaire, opération bénigne et sans danger.

B. *Excitation maniaque.* — Ainsi que le fait remarquer Timofeiew (1), la paralysie générale peut débuter par des phénomènes d'excitation générale avec loquacité et agitation qui peuvent en imposer pour de la manie. Joffroy, dans ses leçons cliniques de Sainte-Anne, a appelé l'attention sur une particularité de l'association des idées chez ces malades. Ils passent d'une idée à la suivante sans autre lien que la consonnance, la ressemblance extérieure des mots. Leur débit est en zigzag. C'est ce que Joffroy appelle la « conversation par embranchement ». Le paralytique général à forme ma-

---

(1) A. W. Timofeiew : in *Obozrénié psychiatrii*, v. 1900.

niaque est en proie à une activité dévorante : il va et vient sans but, sans repos. Il chante, déchire ses vêtements, refuse de s'alimenter. Cette agitation peut durer plusieurs jours et plusieurs nuits. C'est, on le voit, un ensemble symptomatologique très voisin de la manie franche.

Toutefois, l'agitation du paralytique général revêt un caractère spécial tiré de l'affaiblissement intellectuel qui est le fond même de la maladie. « Habituellement, dit Magnan, le paralytique maniaque ne présente point la brillante fertilité délirante du maniaque simple ; son imagination est rarement comme chez ce dernier riche en trouvailles ingénieuses ; il est rare, enfin, que les accès de manie de la paralysie générale ne s'accompagnent pas plus ou moins rapidement d'idées ambitieuses. »

Il est vrai que l'excitation maniaque peut dissimuler les premiers signes d'affaiblissement intellectuel qui, il faut le reconnaître, sont quelquefois assez discrets. Meyer, à la suite d'observations nombreuses, affirme que l'excitation du début de la paralysie générale s'accompagne toujours d'une élévation de la température assez considérable. Au contraire, dans la manie, on observe le plus souvent de l'hypothermie. C'est là certainement un signe de valeur, mais il est parfois difficile à rechercher en raison de l'agitation du malade.

Enfin, il faut accorder une plus grande importance aux troubles moteurs. Les réflexes pupillaires sont conservés dans la manie ; on n'observe pas d'inégalité, ni d'irrégularité dans la forme et les dimensions des sphincters iriens. Pas de tremblements de la langue, pas d'hésitation et pas d'accrocs de la marche. Enfin, la mémoire est conservée.

Pour la clarté de l'exposition et pour ne pas scinder l'étude de l'agitation maniaque dans la paralysie générale, je dois dire ici quelques mots de la manie chronique, bien que ce sujet trouve bien plus naturellement sa place à propos du

diagnostic de la seconde période. Après plusieurs poussées maniaques, dont la durée et la fréquence vont sans cesse se rapprochant, après plusieurs entrées dans les asiles, le malade présente un affaiblissement intellectuel très accusé, évoluant manifestement vers la démence. Le délire est fréquent ; il revêt souvent la forme de délire ambitieux, le malade a des idées de grandeur, il se promène couvert d'insignes et de décorations bizarres. Il peut, de plus, présenter de la parésie musculaire et quelques tremblements. Le diagnostic en est assez difficile ; il suffit toutefois de rechercher avec soin les antécédents personnels du malade, de fouiller son passé. On apprend qu'il a eu cinq à six poussées d'agitation, entrecoupées de longues rémissions. Son affection remonte à longtemps : le premier accès a paru 10 ou 12 ans parfois avant les premières manifestations de l'affaiblissement intellectuel.

Enfin, dans les deux cas, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien lèvera le plus souvent les hésitations, car il ne doit pas présenter de lymphocytose dans la manie.

C. *Mélancolie.* — Au lieu de cette exhubérance et de cette continuelle excitation, le paralytique général peut être triste, abattu et déprimé. Il offre tous les caractères d'un état hypocondriaque bien caractérisé. Ce diagnostic assez fréquent à établir a été l'objet d'une étude très consciencieuse de Voisin et Burlureaux (1). Baillarger avait été déjà frappé de la ressemblance des symptômes et en avait conclu (bien à tort, certes) que « tout dément hypocondriaque est un paralytique ». Sans être aussi absolu, on peut toutefois dire que la paralysie générale débute fréquemment par la forme mélancolique. Il convient de rechercher systématiquement les

(1) Voisin et Burlureaux : Rapports de la mélancolie avec la paralysie générale, Mém. de l'Acad. de Médecine, 1882.

signes précurseurs de la méningo-encéphalite ; on peut parfois la prédire longtemps à l'avance. Témoin l'observation rapportée par Joffroy (1) d'un malade de Sainte-Anne jusqu'alors considéré comme mélancolique. Lorsqu'il le vit pour la première fois, Joffroy fut frappé par l'inégalité pupillaire du malade et fit des réserves. Elles étaient justifiées car, deux ans après, apparaissaient tous les signes classiques de la paralysie générale.

Le paralytique général hypocondriaque peut présenter un état de stupeur très marqué. Il ne parle, ni ne répond aux questions qu'on lui pose. Leur physionomie est apathique et indique l'indifférence absolue, leur regard est atone et sans expression. Ils ont souvent des idées micromaniaques et de négations. Le tableau est fort semblable à celui du syndrome de Cotard (2). Il est cependant fort important de distinguer soigneusement les deux états, car leur pronostic est fort différent. Ce diagnostic est, en général, assez facile lorsque, dit Chambard (3), au délire se mêlent des idées de grandeur absurdes et s'ajoutent les symptômes physiques habituels de la méningo-encéphalite diffuse... Il en est tout autrement lorsque le délire hypocondriaque existe seul au moment de l'observation ».

Comme pour les formes neurasthénique et maniaque de la paralysie générale, la forme hypocondriaque est caractérisée par l'affaiblissement des facultés intellectuelles, et principalement de la mémoire. Le malade a sans doute les idées de négation et de ruine, mais elles sont absurdes, mobiles, con-

---

(1) Joffroy : *Journal de Méd. et de Chirurgie*, juin 1898.

(2) Cottard : *Arch. de neurologie*, sept. 1882.

(3) Chambard : in *Annales médico-psychologiques*, septembre 1887.

tradictoires « colorées par des assertions d'une satisfaction incompatible avec elles », dit Kéraval (1). Les conceptions sont niaises et incohérentes.

Dans la mélancolie, au contraire, les conceptions délirantes forment tout ; le malade a des idées de persécution, de culpabilité, d'indignité. Elles conservent le même caractère du début jusqu'à la fin, c'est-à-dire jusqu'à la guérison, car l'affection est curable. Le mélancolique est et reste toujours triste ; le paralytique général, lui, se met à sourire béatement et manifeste quelques idées ambitieuses. Ce qui complique la difficulté c'est la torpeur intellectuelle et le mutisme du malade qui empêchent de se rendre un compte exact des troubles de la mémoire et de la parole.

Les hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et surtout de la sensibilité générale qui sont de règle chez le mélancolique se retrouvent très rarement chez le paralytiquegénéral. Les idées de suicide sont rares et peu sérieuses chez ce dernier ; chez le mélancolique, au contraire, elles sont très fréquentes, beaucoup plus graves, beaucoup plus résolues et, par suite, beaucoup plus difficiles à empêcher.

Des auteurs ont signalé que dans la mélancolie vraie, il y avait un abaissement thermique notable, alors que la plupart des paralytiques généraux ont toujours une température axillaire minima de 37° 5.

Mais, et l'observation de Joffroy en est la preuve, il faut baser principalement le diagnostic sur la constatation des troubles somatiques de la paralysie générale. Les troubles oculaires, les tremblements, les parésies, l'embarras de la parole viendront le plus souvent lever les doutes et confirmer un diagnostic hésitant.

---

(1) Kéraval : Diagnostic de la paralysie générale ; in *Écho Médical du Nord*, avril 1898.

L'observation suivante, empruntée à Kéraval, montre bien l'aspect caractéristique du délire de la paralysie générale à forme hypocondriaque. De plus, le cas est typique et d'un diagnostic aisé, en raison des troubles objectifs présentés par le malade.

Observation III

(Empruntée à Kéraval. *Écho Médical du Nord*, 1898)

Paralysie générale à forme hypocondriaque avec délire de persécutions, idées de négations. — Troubles physiques de la paralysie générale.

H... Émile, 50 ans. Antécédents mal connus. Il était inspecteur de police et a fait de nombreux excès absinthiques. Le début de l'affection semble remonter à 3 ans. Les idées délirantes sont multiples, absurdes, puériles : idées de satisfaction (il connaît toutes les langues, a voyagé partout : il est très riche, il est Dieu ; la Terre et l'Univers sont à lui ; il va faire un grand boulevard allant jusqu'à Pékin), idées d'énormité et d'immortalité (le monde entier est dans son ventre et et il a existé de tout temps) ; idées de persécution (Clothilde la Belge lui a jeté son pot de chambre) ; enfin, idées de négation (il ne cesse de s'écrier : « Je n'ai plus de tripes ! » et croit être mort depuis longtemps déjà).

La parole est lente, embarrassée ; la langue et les extrémités sont agités d'un tremblement fibrillaire. On n'observe pas d'inégalité pupillaire bien marquée, mais le malade doit garder le lit par suite de troubles tropiques (œdème et ulcérations des jambes).

D. *Folie circulaire.* — La folie circulaire peut, suivant la remarque de Ball, être confondue avec un début de paralysie générale. A la période d'excitation, en effet, le circulaire

fait de nombreux excès; il mange et boit sans retenue. Il est remuant, loquace, va et vient, marche tout le temps, fait marcher de front de multiples affaires. Il a des idées grandioses et fait de vastes projets. Comme le paralytique général, il veut se livrer à de considérables spéculations qui doivent lui assurer une immense fortune. Comme lui, il forge des projets niais et enfantins : un tel veut faire de l'or, tel autre que je me rappelle avoir vu dans le service de M. Mairet, veut acheter dix wagons d'ail et les revendre avec un bénéfice de 5.000 %. Leurs idées sont parfois si extravagantes qu'on peut aisément les prendre pour des conceptions de paralysie générale. Baillarger cite en effet l'observation d'un circulaire qui proposa au ministre de la guerre de faire tanner les pieds des soldats de l'armée française pour réaliser des économies de chaussure. Ces malades se livrent souvent à la débauche, et se font remarquer par leur excitation génésique.

A la phase de dépression, le circulaire offre l'aspect du mélancolique ; on pourrait par suite le confondre avec un paralytique général à forme hypocondriaque. Il suffit pour éviter l'erreur de se rappeler les éléments de ce diagnostic différentiel et de rechercher si le délire est constant, s'il est cohérent et logique. Dans le cas contraire, on a vraisemblablement affaire à une paralysie générale au début, que les signes physiques viennent préciser.

Un élément de diagnostic de la plus haute importance est fourni par l'évolution même de l'affection et la succession des formes maniaque et hypocondriaque. Chez le circulaire, il y a toujours un intervalle lucide assez long qui sépare deux manifestations délirantes. Le paralytique général lui, ne revient jamais à la normale. Son agitation tombe pour faire place à de la dépression, mais il reste un affaibli intellectuel, et même dans les périodes de rémission on retrouve ce

cachet de démence progressive qui est le propre de la paralysie générale.

Il en résulte que le circulaire, le « fou moral » rattache les faits actuels aux événements anciens avec une rigoureuse logique qui en impose trop souvent aux magistrats, aux journalistes et au public. Il critique et discute avec une pénétrante finesse le moindre détail ; il se l'approprie et l'incorpore au faisceau déjà résistant de son argumentation irréfutable. Le paralytique général ne va pas si loin ; le passé n'existe plus pour lui, il s'intéresse (et encore fort peu) du présent, mais il est incapable d'en tirer une preuve solide en faveur de son délire.

Régis a attiré l'attention sur un signe distinctif qui a certainement une grande valeur pour le praticien habitué à la vie des asiles et à l'incessant contact avec les malades. Le paralytique général est bon, affectueux, expansif ; il distribue ses millions imaginaires avec la plus grande générosité. Sa bonhomie est sans bornes : Il est bien avec tout le monde, il n'a que des amis. Il serre la main avec effusion à tous les visiteurs. Le circulaire, au contraire, est haineux, hautain, méchant et vindicatif. Il méprise ses compagnons d'asile ; il les dédaigne et a tout le temps à se plaidre de quelqu'un. Il est blessant et cherche toutes les occasions de faire de la peine à toutes les personnes qu'il connaît et qui l'entourent. Il est méfiant et ne s'adresse aux inconnus qu'avec réserve et parce qu'il est poussé par l'impérieux besoin de lui remettre des plaintes ou des accusations fortement motivées.

Au surplus, il suffit de recourir à l'examen du liquide céphalo-rachidien qui est négatif dans le cas de folie circulaire et de rechercher les signes physiques si fréquents de la paralysie générale.

IV

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE A LA SECONDE PÉRIODE

A cette seconde période ou phase délirante, la maladie est caractérisée par un délire bien spécial (idées de grandeurs absurdes) et par des troubles moteurs (tremblements, parésie, etc.). Il convient donc de rechercher les éléments de diagnostic de la paralysie générale avec des affections mentales diverses (psychoses pures, délires toxiques, etc.), d'une part, avec des maladies nerveuses à troubles somatiques similaires (tabes, sclérose en plaques, Parkinson) d'autre part. Ce sera là l'objet du présent chapitre.

A. *Débilité mentale.* — Ce diagnostic est parfois difficile parce que le délire est souvent absolument identique à celui du paralytique général, confirmé. « S'il est orgueilleux, dit Legrain (1), s'il est vaniteux et qu'il construise un délire ambitieux, celui-ci ne connaîtra pas de limites ; on y verra accumulés les millions, les titres de noblesse, les situations sociales les plus élevées, le tout sans ordre et sans enchaînement. C'est un véritable dévergondage de l'esprit ; à la démence près, c'est le délire de la paralysie générale ». C'est qu'en effet, dans les deux cas, les conceptions délirantes reposent sur un fond de pauvreté intellectuelle congénital chez le débile, acquis chez le paralytique général. Les idées

(1) Legrain : Du délire des dégénérés. Thèse de Paris, 1886.

délirantes sont dans les deux cas, mobiles, absurdes, contradictoires et incohérentes.

Dans les deux cas, encore, on voit, pour compléter l'analogie, un sujet jusqu'alors réservé et honnête, commettre des actes d'indélicatesse et d'immoralité.

Il faut observer toutefois que le délire des dégénérés a certaines particularités très intéressantes. Le délire s'établit chez eux brusquement et disparaît de même, d'où le nom de « bouffées délirantes » donné à ces accès passagers. Chez le paralytique général, au contraire, les manifestations délirantes s'installent peu à peu, ne rétrocèdent pas et ont une marche régulièrement progressive.

Le délire des dégénérés est peut-être moins niais que celui du paralytique général. On trouve rarement chez eux l'absurdité profonde qui caractérise les idées du paralytique général. Un de ces derniers, cité par A. Voisin (1) prétendait qu'on lui ouvrait le ventre pour lui voler ses vertèbres qui étaient en or. Le dégénéré atteint rarement un tel degré d'absurdité. Magnan fait remarquer que le débile essaye le plus souvent d'interpréter, d'expliquer son délire.

De plus, ce dernier a des hallucinations et des obsessions. C'est un impulsif ; il ne peut résister à la passion du jeu, à la dipsomanie.

Mais le plus important est assurément de s'enquérir des antécédents du malade. Le débile est toujours un héréditaire. Sa famille est riche en tares nerveuses et mentales ; lui-même présente tous les stigmates de sa dégénérescence si bien mis en évidence par Magnan. Leur asymétrie faciale, leur front olympien, leur voûte palatine ogivale, l'implantation vicieuse et la carie précoce de leurs dents, la disproportion entre le

---

(1) A. Voisin : Traité de la paralysie des aliénés.

crâne et la face etc., tous ces signes se retrouvent facilement à l'examen du débile.

Les troubles physiques sont aussi de puissants auxiliaires : « Au point de vue pratique, dit Kéraval, ce sont les seuls véritables éléments de diagnostic, ce sont eux surtout qu'il faut rechercher et dépister ». Et cependant, il ne faut pas s'abuser sur leur valeur. Les dégénérés ont en effet souvent des troubles de la parole : on observe fréquemment chez eux du bégaiement et de la blésité. Il est vrai qu'il n'y a ni anonnement, ni accrocs. Du reste, il suffit de s'enquérir si ces troubles sont récents ou si au contraire ils sont congénitaux. Il faut en un mot, selon l'expression de Delasiauve (1), « les comparer à eux-mêmes ».

Mais on n'observe chez eux ni troubles des réflexes, ni troubles de la marche, ni parésie pupillaire. Il faut toutefois connaître ce que Féré (2), a décrit sous le nom de « stigmates irudiens de la débilité mentale. » Il peut y avoir, coïncidant avec de l'asymétrie faciale, de l'irrégularité dans la forme et la dimension des pupilles. Il convient d'en tenir compte et comme pour la blésité de s'informer de l'état pupillaire antérieur. Faute de quoi, on s'exposerait à de graves erreurs. Christian (3), rapporte le cas d'un bègue peu intelligent qui à 20 ans d'intervalle eut deux accès de délire alcoolique dont il guérit. En raison de troubles pupillaires et des autres symptômes, il fut, lors de son premier internement, considéré par des maîtres d'une valeur incontestée comme atteint de paralysie générale.

---

(1) Delasiauve : Diagnostic différentiel de la paralysie générale ; *Ann. méd. psychologiques*, 1851.

(2) Féré : *Progrès Médical*, 1886.

(3) Christian : *Annales Médico-psychologiques*, 1884.

J'emprunte à Boiron l'observation suivante qui montre en même temps que les rapprochements de la paralysie générale et de la débilité mentale, les éléments du diagnostic.

Observation IV

(Empruntée à Boiron (1)

Débilité mentale. Idées hypocondriaques, de persécutions et de grandeurs. Inégalité pupillaire. Articulation défectueuse des mots. Signes de paralysie générale.

Isr....., 49 ans, entrée à la Salpétrière dans le service de Fabret, le novembre 1885.

Antécédents héréditaires : Mère morte à 78 ans d'une attaque d'apoplexie.

Antécédents personnels : Pas de maladie grave dans l'enfance. Assez intelligente et assez adroite de ses mains ; cependant, à cause de la mobilité de son caractère, elle n'est jamais arrivée à faire quelque chose de sérieux ; son caractère était naturellement violent ; elle a toujours été méchante, avec des instincts vicieux. Elle est partie à 13 ans pour Paris où elle n'aurait pas tardé à se mal conduire. Avant son entrée à l'hôpital, elle faisait déjà parler d'elle ; depuis longtemps déjà, elle avait été enfermée pour débauche. A chaque instant, elle changeait de logement ; à Clichy où elle avait été se loger, elle sortit dehors en chemise et se fit arrêter. Elle accusait toutes les personnes de lui faire du mal.

Son beau-frère assure qu'il ne l'a jamais connue bien

---

(1) Boiron : Diagnostic de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1889.

intelligente. D'après les renseignements fournis par la sœur, son caractère a commencé à changer il y a environ six ans. Elle est devenue impérieuse, violente, contrariant tout le monde, battant sa sœur; elle a même voulu tuer un des enfants de cette dernière. Entrée à l'hôpital Rothschild, elle se levait la nuit et parlait de tuer des malades.

Elle est devenue très dévote. A Vaucluse, elle a même entendu des voix. Dieu lui a parlé, il lui a dit : « Tu vas retourner dans ton village ». Dieu lui a aussi promis des richesses.

Au début de sa maladie, elle avait des idées de grandeur, elle disait qu'elle était riche, qu'elle avait des châteaux, des propriétés, elle parlait de millions. Ses idées étaient très mobiles : tantôt elle était fiancée en Amérique, tantôt elle voulait devenir professeur d'hébreu, mais toujours les idées de grandeur dominaient. Peu à peu s'y mêlèrent des idées de mort et d'empoisonnement. Elle prétendait parfois que sa sœur cherchait à l'empoisonner avec du thé. Elle avait des accès d'agitation, mais n'a jamais eu de véritables attaques de nerfs. Sa sœur a remarqué qu'au début, la parole était très embarrassé, mais elle n'a jamais constaté de paralysie. A l'examen, elle présente un délire multiple où se mêlent les idées de grandeur et de persécution.

Idées de persécution : Elle a été empoisonnée le 31 juillet 1885 par 10 personnes dont Mme Sabourais et les Versaillais. On lui a dit « la voilà notre victime, nous aurons sa fortune » ; on lui a donné plusieurs fois de l'arsenic, le dernier poison était du pavot moulu.

Idées hypocondriaques : Elle a le poumon et les bronches faibles, elle n'a plus de sang, elle a besoin de se faire vomir, elle doit prendre de l'eau ferrugineuse et des côtelettes. Quelques instants après elle affirme qu'elle se porte très bien.

Idées de grandeur : « Je suis une travailleuse extraordinaire, je gagne 20 francs par jour. J'ai 200.000 francs à toucher et je suis très instruite, habile dans toute sorte d'ouvrages. » Elle sait tout faire, même des taies d'oreiller qui valent 1.000 francs pièce. La prononciation est défectueuse; la malade blése et a la parole empâtée. Le système dentaire est défectueux. Inégalité pupillaire: la pupille droite est la plus large. Asymètrie faciale, surdité. Pas de tremblements. Débilité intellectuelle.

Sans donner ici une copie des certificats qui constituent le dossier de cette malade, nous dirons que le certificat de Legrand du Saulle, délivré à la préfecture de police, porte la mention: « Paralysie générale ». Quelques semaines plus tard (10 novembre 1886), Fabret introduit déjà une certaine modification dans ce diagnostic et pense à une paralysie générale en rémission. Dans de nouveaux certificats délivrés plus récemment par Seglas (septembre 1887) le diagnostic antérieur se trouva modifié et cette malade n'est plus considérée aujourd'hui comme une pasalytique générale en rémission, mais plutôt comme une débile avec idées délirantes multiples et incohérentes.

B. *Délire des persécutions.* — Un malade entre à l'asile avec un vague diagnostic de délire des persécutions ; l'évolution de la maladie et parfois même seulement les constatations de l'autopsie obligent à réformer le diagnostic et à poser celui de paralysie générale. L'erreur est assez fréquente parce que le délire des persécutions se rencontre quelquefois à l'état d'épiphénomène au cours de la paralysie générale.

Et cependant, il suffit de pousser un peu l'interrogatoire pour se rendre compte que le paralytique général est un drôle de persécuté. De même que pour les cas précédemment pas-

sés en revue, le diagnostic était aisé, à cause de l'absurdité des manifestations délirantes, de même le paralytique général persécuté exagère au point de rendre ridicules ses plaintes et ses accusations. En même temps, on observe des lacunes dans le raisonnement, du tremblement des extrémités et des hésitations dans la parole. Ses accusations sont vagues et mobiles au possible. Quelle différence avec le persécuté systématisé chez lequel aucune contradiction, aucun raisonnement ne peuvent ébranler le délire !

Il faut avec Joffroy examiner avec soin les signes physiques et principalement rechercher les troubles oculaires. « L'inégalité pupillaire, dit cet auteur, est un signe d'une très grande importance qui doit vivement attirer l'attention, surtout lorsqu'il coïncide avec d'autres signes suspects. Ce signe peut précéder tous les autres, même ceux de la mémoire. » A l'appui de ses dires, Joffroy cite le cas suivant : A son entrée à Sainte-Anne, un malade n'avait que des idées de persécution et sa mémoire était absolument remarquable. Mais il avait avec une notable inégalité pupillaire l'abolition du réflexe lumineux et accomodateur. M. Joffroy fit le diagnostic de paralysie générale bien longtemps avant l'apparition des symptômes de certitude.

La physionomie propre au délire des persécutions chez le paralytique général est bien mise en évidence dans l'observation suivante :

Observation V

(Empruntée à Kéraval. *Echo médical du Nord*, 1898)

X..., 48 ans, exerçant une profession libérale, a jadis contracté la syphilis et faisait de nombreux excès alcooliques. Début il y a deux ans et demi par une forme hypocondriaque

et mélancolique ; il faisait preuve d'une dévotion exagérée : « Je suis un pur esprit, répétait-il, et j'obtiens des démons tout ce que je veux pour mes amis ! » Un de ses voisins a pris pour le persécuter l'aspect de Lucifer ; il a amené chez le malade tout l'enfer franc-maçon afin de l'empêcher de régénérer le monde qui manque de foi, etc. On l'a empoisonné avec quatre kilogs de strychnine. Il croit avoir des rapports sexuels avec la Sainte Vierge.

En même temps, on note les divers signes physiques de la paralysie générale : hésitation et embarras marqué de la parole, bredouillement, tremblement fibrillaire des extrémités, inégalité pupillaire, gâtisme persistant depuis plusieurs mois.

C. *Délire de grandeurs systématisé.* — Une des particularités les plus frappantes du délire de la paralysie générale, c'est assurément les idées de grandeur. Le paralytique général est riche, puissant, fort, instruit, etc. ; il possède des châteaux, des palais. Pour un observateur superficiel, ce délire peut se confondre avec le délire de grandeur systématisé, la mégalomanie. Et cependant Magnan affirme que « toute erreur de diagnostic est à peu près impossible ». C'est qu'en effet, si le mégalomane se croit issu de race royale, s'il réclame sans cesse des millions, qu'il affirme devoir lui revenir, il défend ses droits avec une logique serrée et argumentation rigoureuse, inconnue du paralytique général.

Kornfeld et Bikeles (1) ont insisté sur la fixité et la constance de leur délire. L'habitus extérieur est chez le mégalomane adéquat à ses idées délirantes. Il se tient à l'écart des

(1) Kornfeld et Bikeles : Allg. zeit. f. Psych. XLIX, 3, 1893.

autres qu'il dédaigne ; il est fier et hautain. Le paralytique général, au contraire, ne soigne pas sa tenue et son attitude débraillée contraste avec les sentiments qu'il exprime.

Enfin, et ceci est de beaucoup le plus important, surtout lorsqu'après plusieurs années le délire mène à la démence secondaire, on ne peut trouver les signes physiques de la paralysie générale et le cytodiagnostic est absolument négatif.

D. *Epilepsie.* — Ce diagnostic peut se poser et être parfois embarrassant. Un individu a eu quelques convulsions, il a perdu la mémoire, est tout désorienté, ses réflexes sont un peu exagérés, il a des troubles de la parole et de l'inégalité pupillaire. Avec cela, il ne peu dire ni l'année, ni le mois, ni ses prénoms ; les facultés intellectuelles sont considérablement amoindries. On peut sans aucun doute penser à la paralysie générale et cependant on n'a à faire en réalité qu'à un épileptique « abruti » (qu'on me permette l'expression car elle est juste) par ses crises ou parfois même par le bromure qu'il a ingéré. Il convient d'interroger avec soin son passé. On apprendra qu'il a eu des crises caractéristiques avec perte de la connaissance et obnubilation intellectuelle consécutive. On cherchera avec soins les cicatrices, les traces de chute, les ecchymoses et les morsures de la langue si fréquentes chez les comitiaux. On examinera la formule urinaire ; on recherchera s'il y a inversion des phosphates ce qui, ainsi que l'ont montré MM. Mairet et Bosc, est la caractéristique urologique de l'épileptique. Il faut passer en revue les divers appareils et rechercher soigneusement les troubles propres à la paralysie générale.

L'épileptique revient à lui quelque temps après ses crises, le paralytique général reste un dément, un « minus habens. » Enfin, pour plus de sûreté, on aura recours à la ponction

lombaire. Si les résultats en sont négatifs, on peut affirmer presque à coup sûr qu'il s'agit d'un épileptique.

E. *Confusion mentale.* — Consécutivement à une psychose, et le plus souvent à la manie, parfois même (mais plus rarement) sans manifestation délirante antérieure, on observe un état d'obnubilation, d'engourdissement, de paresse et de torpeur intellectuelles très accusé. Le malade a la plus grande difficulté à s'orienter dans le temps et l'espace. Il a une grande incohérence dans l'association des idées et il présente une disparition progressive de la notion du « moi ». Cet état présente assez d'analogie avec l'état psychique du paralytique général, mais il suffit pour éviter l'erreur d'examiner les « stigmates de la paralysie générale », si l'on peut appeler ainsi les troubles somatiques si fréquents et si nettement caractéristiques de l'affection. L'évolution ultérieure affirme, du reste, le diagnostic, car tandis que la paralysie générale progresse fatalement vers la démence et la cachexie, la confusion mentale s'améliore et guérit.

F. *Démence précoce.* — Pour être complet, il me faut signaler la possibilité d'un diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la démence précoce. Il faudrait envisager cette dernière sous ses trois formes classiques : catatonie, hébéphrénie et délire paranoïde. Mais je crois que la confu- est rarement possible, parce que la démence précoce ne se manifeste que très rarement à l'âge où débute la paralysie générale. C'est généralement dans le jeune âge, vers 18 ou 20 ans, qu'éclate la « maladie de Krœpeline » ; exceptionnelles sont les paralysies générales juvéniles observées à cet âge. Au surplus, cette question est encore trop discutée, la lumière est loin d'être faite sur cette entité morbide ; elle est encore le sujet de querelles, trop vives pour que je me per-

mette d'apporter dans le débat ma modeste appréciation. Qu'il me suffise de dire que les signes physiques doivent dans la plupart des cas trancher le diagnostic.

G. *Alcoolisme chronique.* — Il est toute une série d'intoxications chroniques par le plomb, par l'alcool, la syphilis, etc., qui présentent des symptômes analogues à ceux de la paralysie générale. Leur évolution en diffère cependant beaucoup : en effet, au lieu des courtes rémissions de la paralysie générale, on observe des guérisons complètes se maintenant plusieurs années de suite et survenant par la simple suppression de la cause toxique. On a donné (à défaut d'appellation plus précise) à ces intoxications le nom de pseudo-paralysies générales.

Dans une thèse, inspirée par notre Maître M. le professeur Mairet, un de ses élèves, le docteur Jaussaud (1) a bien caractérisé les formes cliniques de ces affections. Cette conception des pseudo-paralysies générales a eu une certaine faveur, mais elle a été attaquée avec véhémence par quelques auteurs, en particulier par le professeur Pierret (2), pour qui « il n'y a pas de pseudo-paralysies générales, mais de pseudo-diagnostics ». Quoi qu'il on soit, j'étudierai ces différentes modalités cliniques sous le nom de délires toxiques.

L'alcoolisme chronique est, de tous ces délires toxiques, celui qui mérite le plus d'attirer notre attention parce qu'il est de beaucoup le plus fréquent et que son diagnostic avec la paralysie générale présente généralement les plus grandes difficultés. Dans les deux cas, la symptomatologie est la même et le diagnostic est d'autant plus difficile que l'alcoo-

---

(1) C. Jaussaud : Étude sur le diagnostic de quelques paralysies générales.

(2) Pierret : in *Lyon Médical*, 15 juin 1890.

lisme chronique est un terrain propice pour le développement de vésanies multiples (mélancolie, manie, délire des persécutions, etc.) ; celles-ci se superposant au tableau de l'alcoolisme chronique offrent un ensemble symptomatique présentant les plus grandes analogies avec la paralysie générale.

On y trouve un commencement de démence manifeste caractérisé par de l'affaiblissement de la mémoire, de l'intelligence, du jugement, des sentiments moraux et affectifs.

A ces troubles psychiques s'ajoutent le plus souvent des troubles moteurs : parésies, embarras de la parole, gène de la marche, tremblements, etc. Le diagnostic est cependant possible si l'on songe aux nombreux excès alcooliques antérieurs du malade et si l'on recherche les symptômes classiques de l'alcoolisme chronique : il a eu des pituites, des crampes dans les mollets, des cauchemars, quelquefois même quelque crise de delirium tremens, etc.

Le tremblement alcoolique diffère notablement de celui du paralytique général. Comme le fait remarquer Huss, il suit une marche centripète : des pieds, il gagne les jambes, les bras, les lèvres, etc. Il est, de plus, plus discret, plus «menu», les oscillations en sont plus courtes et plus rapides.

L'alcoolique a des hallucinations terrifiantes ; sa « zoopsie» est caractéristique. Il voit des flammes, des monstres, des animaux, des rats et des serpents. Edgar Poë a laissé de ces cauchemars des descriptions admirables qu'il aurait, paraît-il, vécus lui-même.

Les troubles de la sensibilité générale sont très fréquents et très nets dans l'alcoolisme. Le malade éprouve des sensations de piqûre, de brûlure, de morsure ; il ressent des fourmillements et des démangeaisons à la surface du corps. Il se croit couvert de poux et de vermine. Il porte les mains à sa bouche d'un mouvement régulièrement alternatif comme s'il

voulait en retirer de la ficelle ; il croit parfois être dans des paquets de fil de fer et passe la plus grande partie de la journée à essayer de s'en sortir. Le paralytique général présente très rarement des troubles analogues.

Dans l'alcoolisme, il y a imprégnation mais non destruction de la cellule nerveuse ; c'est ce qui explique son évolution particulière.

Vient-on, en effet, à supprimer l'agent toxique, le calme reparaît, le délire s'amende, les forces reviennent, l'intelligence se réveille par degrés. C'est ainsi qu'un malade de M. le professeur Mairet, tout récemment entré dans sa clinique, présentait à son arrivée l'aspect d'un paralytique général avéré. Il fut toutefois fait des réserves en faveur de l'alcoolisme chronique ; au moment de sa quinzaine, un mieux sensible s'était déclaré, le malade pouvait déjà se livrer à des calculs assez complexes, il pouvait énumérer à l'envers les douze mois de l'année, il se rappelait son âge, la date de sa naissance, etc. Dans la paralysie générale, au contraire, le délire persiste malgré la suppression de l'alcool.

L'influence héréditaire est en général assez peu accusée dans la paralysie générale. Elle l'est bien plus dans l'alcoolisme. Ce dernier est surtout fréquent chez les dégénérés, les héréditaires, les tarés qui résistent très mal à l'influence de l'alcool.

Toutes ces nuances sont certainement utiles à connaître et à rechercher, mais elles sont insuffisantes pour distinguer la paralysie générale de la méningite chronique alcoolique. Ici, les symptômes sont plus nettement semblables. Dans les deux cas, il y a lésion ; il en résulte que les phénomènes parétiques et psychiques seront définitifs et régulièrement progressifs.

Sur quoi, dès lors, fonder le diagnostic ? M. le professeur Mairet a proposé d'étudier les troubles du caractère. «Tandis, dit-il, que le paralytique général est bon enfant, l'alcoolique

est irritable, agressif, méchant. » De fait, les alcooliques sont méchants, violents, emportés. Leurs exploits qui font fréquemment l'objet de faits-divers de nos quotidiens, reflètent une sauvagerie, une bestialité effrayantes. Un alcoolique, au cours d'un accès paroxystique, est capable de décimer un village, de semer la terreur et la mort dans tout un pays. Le paralytique général, au contraire, est doué d'une excessive bonté ; s'il commet des actes répréhensibles, il est rare qu'ils soient d'une aussi grande violence.

On a indiqué aussi une différence dans les tremblements des lèvres. Chez l'alcoolique, ce tremblement existe au repos, avant qu'il parle ; chez le paralytique général, il ne se manifeste qu'au moment même où celui-ci veut parler.

Les paralysies sont bien mieux localisées et bien plus nettes dans l'alcoolisme. Elles s'accompagnent d'hyperesthésies ou d'anesthésies caractéristiques. P. Loude (1) a fait une étude consciencieuse des troubles paralytiques de l'alcoolisme portant sur les membres inférieurs et il conclut : « Aux membres inférieurs, une paralysie symétrique et double des extenseurs éveille immédiatement l'idée d'une névrite d'origine alcoolique, surtout si elle s'accompagne de troubles de la sensibilité objective ou subjective ». Pour le même auteur, le pied de la paralysie alcoolique est pathognomonique. C'est un pied-bot équin dû à la paralysie des fléchisseurs du pied (flexion dorsale) suivie de rétraction fibreuse il s'accompagne de griffe des orteils par paralysie de leur extenseur.

Tous ces signes peuvent être insuffisants dans quelques cas ; aussi conviendra-t-il, lors de doute, de recourir à l'examen histologique du liquide céphalo-rachidien. C'est

---

(1) P. Loude : in Debove et Achard ; *Manuel de Diagnostic médical.*

dans la mémorable séance du 20 mai 1901, à la Société médico-psychologique (1), que M. Joffroy a mis en lumière toute la valeur diagnostique de la lymphocytose rachidienne dans la paralysie générale. Depuis cette retentissante communication, les travaux se sont multipliés et l'on peut aujourd'hui dire avec assurance que si l'examen cytologique est négatif, l'on a sûrement affaire à un délire alcoolique.

II. *Polynévrite alcoolique.* — Une des manifestations les plus fréquentes de l'alcoolisme chronique est assurément la polynévrite. Celle-ci débute par des douleurs vagues, erratiques, de la faiblesse dans les jambes que les malades sentent « se dérober sous eux ». Peu à peu, les troubles paralytiques s'accentuent ; la marche devient très difficile et affecte l'allure décrite par Charcot sous le nom de « steppage » : le malade se renverse, incline son tronc en arrière et lance ses jambes en avant, le pied retombe la pointe la première. On observe en même temps des troubles sensitifs très marqués : sensations très douloureuses sur le trajet des nerfs (sciatique, radial, etc.) Au milieu de ces phénomènes névritiques se déclarent souvent des troubles psychiques caractérisés par l'affaiblissement de la mémoire portant sur les faits récents, par une grande dépression de l'activité intellectuelle, des obsessions de nature hypocondriaque.

Certains de ces malades simulent à s'y méprendre la paralysie générale ; l'erreur est du reste assez fréquente et certains auteurs n'hésitent pas à prendre pour des polynévrites méconnues les prétendues paralysies générales qui guérissent. J'emprunte à un auteur étranger l'observation suivante qui rapporte un cas très net de polynévrite prise pour de la paralysie générale.

---

(1) Joffroy : Compte rendu de la Société médico-psychologique du 20 mai 1901 ; *Archives de neurologie*, 1901, t. II.

Observation VI

(Résumée)

(Empruntée à Szanto (1)

X....., 48 ans, employé. Excès alcooliques avérés, il nie la syphilis. De souche neuropathique. En proie à l'insomnie, il a des crises nerveuses de plus en plus fréquentes ; ses facultés intellectuelles baissent très rapidement et finalement il tombe dans un état de profonde apathie.

Embarras de la parole, tremblement de la langue, pupilles très paresseuses. Parésie faciale. Réflexes rotuliens exagérés, douleur à la pression des masses musculaires. Troubles de la miction.

On porte le diagnostic de paralysie générale. Guérison au bout de neuf mois. Le malade est sorti de son apathie, il parle sans embarras et ses réflexes sont redevenus normaux. Il s'est depuis complètement rétabli.

Bien que le diagnostic soit parfois embarassant, il est toujours possible. Il y a, en effet, entre les deux affections de profondes différences. C'est tout d'abord les troubles de la station. Le paralytique général, à moins qu'il ne soit déjà très avancé, conserve très bien l'équilibre. Le polynévritique ne peut se maintenir debout que grâce à un continuel piétinement sur place destiné à retrouver un centre de gravité toujours fugace. Grasset a ingénieusement comparé ce mode de station à l'équilibre instable du vélocipédiste.

Au point de vue musculaire, les réflexes sont d'abord diminués, plus tard ils sont abolis : c'est là un caractère

---

(1) Szanto : Ein au dementia paralytica grenzender Fall der Neuritis multiplex ; *Pester medecin. chirurg. Presse*, 1895, n° 45.

différentiel très important à rechercher. Les muscles présentent la réaction électrique de dégénérescence et sont atrophiés. Les masses musculaires sont douloureuses à la pression.

L'évolution est absolument caractéristique. Tandis que le paralytique général s'avance progressivement vers la cachexie et la mort, le polynévritique, après une période parfois longue d'impotence fonctionnelle, voit son état s'améliorer peu à peu, les forces reviennent, l'atrophie disparaît ; il en est de même de la douleur de la réaction de dégénérescence. Au bout de six à huit mois la « restitutio ad integrum » est à peu près complète.

Au surplus, les troubles intellectuels, l'amnésie, le délire polynévritique, tout ce qu'on a appelé la « psychose de Korsakoff » est loin de présenter le caractère profondément démentiel des manifestations psychiques de la paralysie générale. Bien qu'affaibli intellectuel, l'amnésique peut encore raisonner et discuter; le paralytique est absolument et définitivement dément.

Dans la polynévrite, on peut observer de l'amblyopie, mais on n'observe ni inégalité pupillaire, ni troubles à l'accomodation et à la lumière.

En somme, avec un peu d'attention, il sera toujours facile d'arriver à préciser le diagnostic

I. *Syphilis cérébrale.* — C'est là une question qui a été l'objet de nombreux travaux et de multiples discussions. Tout récemment encore, à l'Académie de Médecine, les professeurs Joffroy et Fournier, dans un mémorable débat, ont longuement étudié les rapports de la syphilis et de la paralysie générale. Certains parlent de pseudo-paralysie générale syphilitique ; d'autres au contraire, comme Magnan, écrivent : « Nous nous refusons à la considérer comme répondant à la réalité clinique ». Quoiqu'il en soit, la syphilis fait de la méningo-encé-

phalite scléro-gommeuse diffuse dont les symptômes se rapprochent assez de ceux de la paralysie générale pour mériter une courte analyse.

Lancereaux (1) rapporte plusieurs observations de syphilis cérébrale, ayant présenté les signes de la paralysie générale et il conclut : « Les faits de ce genre sont souvent difficiles à différencier de la paralysie générale des aliénés. » Plus tard, le même auteur (2), Mickle, A. Voisin, etc., insistent également sur la difficulté de ce diagnostic.

Les éléments en sont nombreux. C'est d'abord la connaissance des antécédents, disent la plupart des auteurs ; il faut remarquer qu'il y a un grand nombre de syphilis méconnues et que d'autre part un grand nombre de paralytiques généraux ont eu la vérole. Il y a généralement coexistence d'autres manifestations syphilitiques non douteuses ; c'est tantôt une gomme, tantôt une exostose, tantôt une iritis. Le syphilitique cérébral est dans un « état subvertigineux » habituel, dit Fournier.

La syphilis cérébrale débute en général à un âge peu avancé et son évolution est rapide : quelques mois suffisent pour conduire à une complète démence. Le délire présente rarement le caractère du délire des grandeurs : le syphilitique cérébral a rarement de l'euphorie ou du délire ambitieux ; c'est le plus souvent un hypocondriaque et son délire est plus cohérent, plus solide que celui du paralytique général.

Au lieu de troubles iriens, les symptômes oculaires affectent avec prédilection la forme de l'ophtalmoplégie externe : on observe alors du ptosis, des paralysies oculo-motrices précoces et parfois aussi de la choroïdo-rétinite.

---

(1) Lancereaux : Traité de la Syphilis, 1862.

(2) Lancereaux : *Gazette hebdomadaire*, 1873.

Au point de vue physique, les troubles ont un caractère plus localisé, moins général. Il y a rarement du tremblement de la langue et des lèvres.

On trouve en revanche fréquemment des paralysies unilatérales et de l'aphasie.

Tous ces troubles sont essentiellement variables et intermittents. Le malade a souvent des convulsions. L'épilepsie Jaksonnienne est loin d'être rare et doit être tenue comme un des symptômes les plus sûrs.

Enfin, toutes ces manifestations, tous ces troubles morbides peuvent s'amender et guérir sous l'influence du traitement spécifique : « Dans les cas incertain, dit Voisin, le traitement mercuriel et ioduré est la véritable pierre de touche. »

J. *Encéphalopathie saturnine.* — Celle-ci est une maladie professionnelle en ce sens que l'intoxication par le plomb affecte rarement des gens n'ayant aucun rapport avec les industries où l'on emploie ce métal. Le saturnisme est en effet la maladie propre aux peintres, aux zingueurs, aux typographes ; à tous ceux en un mot qui manipulent quotidiennement le plomb ou ses dérivés chimiques. Ces malades « présentent, dit Jaussaud, le masque de la paralysie générale sans en avoir ni la marche, ni le pronostic ». Les troubles intellectuels consistent plutôt en de l'obtusion de l'intelligence, de l'hébétude plutôt que de la démence. Il y a très peu d'idées délirantes, mais en revanche il y a très fréquemment des hallucinations visuelles. En même temps, le malade a de l'embarras de la parole, du tremblement, de la paralysie généralisée, de l'amnésie et des accès épileptiformes.

Mais dans le saturnisme, le début est très brusque : un individu jusque-là bien portant et normal se met à trembler, à délirer, à faire une crise épileptiforme. Il semble qu'il y ait une longue période de latence pendant laquelle s'accumule

la substance toxique jusqu'à ce qu'elle soit parvenue à une dose suffisante pour déterminer les accidents. Ce début brusque est presque pathognomonique du saturnisme.

On retrouve les signes concomittants de l'intoxication plombique ; il suffit de rappeler les plus classiques : liseré gingival de Burton, douleurs abdominales, arthropathies, etc. Comme dans la plupart des intoxications « sublata causa, tollitur effectus » ; il suffit le plus souvent d'enlever l'individu de son milieu et de favoriser l'élimination du plomb par le régime lacté, les iodures, etc., pour voir tous les phénomènes rentrer dans l'ordre.

La paralysie est ici véritable, bien plus profonde que dans la paralysie générale où il ne s'agit en réalité que de parésies. Elle affecte de plus un caractère bien spécial ; c'est ainsi qu'elle respecte les fléchisseurs pour se porter exclusivement sur les extenseurs. Les masses musculaires frappées sont en même temps le siège de troubles de la sensibilité et d'une atrophie très nette.

Enfin, le tableau est rarement complet. Dans certains cas, il y a prédominance des troubles physiques; d'autrefois, au contraire, les phémonènes psychiques l'emportent. Cette dissociation des symptômes, la brusquerie du début, la rapidité de l'amélioration, la physionomie particulière des troubles paralytiques permettent de faire le diagnostic.

K. *Tabes.* — La période prodromique de la paralysie générale ressemble à s'y méprendre à la période préataxique du tabes ; dans les deux cas, il y a des modifications du caractère et des symptômes de neurasthénie. A la période d'état, l'analogie est tout aussi marquée : on observe des troubles intellectuels, des troubles oculaires, de l'embarras de la parole, des troubles de la marche et des paralysies. L'observation suivante précise bien les caractères de l'affection.

Observation VII

(résumée)

(Empruntée à Raymond (1)

Honorine C...., âgée de 47 ans, n'a pas eu la syphilis. Il y a quatre ans, a ressenti pour la première fois des douleurs fulgurantes très intenses dans les deux membres inférieurs ; déjà au bout de deux mois elle éprouvait de grandes difficultés pour marcher, elle avait tendu des cordes dans sa chambre pour éviter de tomber.

Quand elle entre à la Salpétrière, elle ne peut plus marcher. Quand elle essaye de le faire, ses jambes sont prises d'une agitation folle.

Elle a eu des crises laryngées, de la diplopie, de l'anesthésie, de l'incontinence de l'urine et des matières fécales. Les pupilles sont légèrement inégales. Les réflexes tendineux sont abolis aux quatre membres. Elle éprouve des douleurs lancinantes dans la cuisse ; ces douleurs reviennent trois à quatre fois par semaine et elles durent de 15 à 30 minutes.

Incoordination motrice aux quatre membres, d'où troubles de la locomotion et de la préhension. Troubles de la sensibilité : anesthésie et hyperesthésie distribuée par zones segmentaires.

Ce qui frappe dans cette observation, c'est le manque de troubles psychiques. Ceux-ci sont, en effet, rares, et quand ils existent, ils sont peu marqués ; ils n'ont jamais l'ampleur des manifestations délirantes de la paralysie générale.

---

(1) Raymond : Leçons sur les maladies du système nerveux. 1898-99.

Les troubles de la sensibilité sont fréquents : les douleurs fulgurantes sont de règle dans le tabes, ainsi que les fourmillements et les douleurs en ceinture. On y observe souvent des « viscéralgies » sous forme de crises pharyngées, laryngées, gastriques. Le tabétique se plaint fréquemment d'arthralgies bien caractérisées, étreignant une articulation « comme dans un étau », donnant l'impression d'un bracelet de fer, d'un soulier enserrant le pied, etc., suivant l'expression imagée des malades.

« L'hyperesthésie est fréquente dans le tabes, dit Sottas (1), elle se présente souvent sous forme de plaques au niveau desquelles la moindre excitation provoque une impression très douloureuse et même de véritables décharges de douleurs fulgurantes. »

L'hyperesthésie alterne par plaques avec l'anesthésie ; il y a, enfin, un notable retard dans la perception des impressions.

L'état des réflexes est du plus haut intérêt ; il faut le rechercher avec soin, car tandis qu'ils étaient exagérés ou tout au moins un peu « vifs » dans la paralysie générale, ils sont absolument abolis dans le tabes.

A proprement parler, il n'y a pas de paralysies dans le tabes. Les masses musculaires ont conservé toute leur vigueur, ainsi que l'indique le dynamomètre. Il y a incoordination, ataxie, c'est-à-dire que si les muscles ont conservé leur pouvoir moteur, la synergie fait défaut. Aux membres supérieurs, les mouvements manquent de précision. Aux membres inférieurs, la démarche est caractéristique, il lance ses jambes en avant, comme pour le « pas de parade » et les laisse lourdement retomber, le talon frappant le sol. Dans les cas

---

(1) J. Sottas : in *Manuel de Diagnostic médical*, Debove et Achard, t. II.

avancés, le sujet bat l'air de mouvements fous, les jambes sont lancées dans tous les sens avec une incroyable violence. Quand on ordonne à un de ces malades alité de toucher avec la pointe de son pied un but déterminé (la main placée au-dessus du plan du lit, par exemple), il projette violemment la jambe et dépasse de beaucoup le but visé.

Il résulte de cette ataxie une extrême difficulté à se tenir debout sans le contrôle de la vue. Vient-on à faire réunir les talons à un tabétique en le priant de fermer les yeux, il chancelle, décrit quelques oscillations et tombe même si on ne le retient. C'est là le signe de Romberg, élément de diagnostic de tout premier ordre.

Le tabétique peut cependant, en même temps que l'incoordination, présenter de la paraplégie flasque et des phénomènes parétiques portant sur les muscles du pied. Le pied bot tabétique de Joffroy est un pied équin avec flexion des orteils. Pour Marie, c'est plus fréquemment, un pied plat : la voûte plantaire s'est affaissée et est devenue convexe.

On a longuement étudié les symptômes oculaires du tabes ; il n'est pas douteux que suivant la remarque de G. Ballet, il y ait là un élément diagnostique d'une grande valeur. En effet, ces troubles diffèrent radicalement de ceux de la paralysie générale. Dans le tabes, il y a ophtalmoplégie externe, paralysies oculomotrices multiples ; il en résulte du ptosis, du strabisme, parfois même, si tous les muscles sont pris, les globes oculaires sont complètement immobilisés.

Le trouble capital est constitué par le signe d'Argyll-Robertson. On appelle ainsi l'abolition de la réaction pupillaire à la lumière et sa persistance pour l'accomodation. En d'autres termes, la pupille ne se contracte plus sous l'action de la lumière, mais elle le fait par la vision rapprochée, quand le malade regarde son nez, par exemple. Ce signe s'observe régulièrement dans le tabes, presque jamais dans la para-

lysie générale. Il faut prendre soin de bien distinguer ce signe du faux Argyll-Robertson qui peut exister dans la paralysie générale. Alors, en effet, il y a parésie pupillaire et par conséquent pas de réaction à la lumière mais en même temps le réflexe accomodateur est toujours diminué, sinon aboli.

Sous ces réserves, on peut considérer le diagnostic de la paralysie générale et du tabes comme relativement facile.

L. *Sclérose en plaques.* — Le diagnostic de la paralysie générale et de la sclérose en plaques est parfois délicat, parce que les deux affections ont de nombreux points communs : attaques apoplectiformes, parésie des membres inférieurs, troubles de la marche et de la parole, tremblements, affaiblissement marqué des facultés intellectuelles et affectives. Il peut y avoir des troubles délirants avec hallucinations (Charcot), avec idées de grandeur puériles et état hypocondriaque très nets. Le malade présente « une expression niaise et enfantine », dit Marie. Enfin, en même temps que des parésies, il y a de l'exagération des réflexes. Aussi, dit Charcot (1),« il est quelquefois difficile de distinguer la sclérose en plaques de la paralysie générale ». On a même quelquefois appelé cette dernière une « sclérose en plaques du cerveau ».

Cependant, l'affaiblissement intellectuel est le plus souvent moins marqué dans la sclérose en plaques où il arrive rarement jusqu'à la démence complète.

Le tremblement est bien différent dans les deux cas ; dans la sclérose en plaques, il peut être massif, c'est-à-dire occuper un membre tout entier, ou bien segmentaire, limité à une

(1) Charcot : Sclérose en plaques et paralysie générale ; in *Semaine médicale*, 27 janvier 1892.

portion d'un membre, aux doigts, à la main, par exemple. Grasset (1) a rapporté un cas très net de tremblement segmentaire. Ce tremblement a le caractère « intentionnel », c'est-à-dire qu'à peine marqué, ou même nul au repos, il s'exagère notablement quand le malade veut accomplir un acte coordonné.

Dans la sclérose en plaques, on observe la démarche « cérebello-spasmodique » de Charcot. Le sujet avance, les pieds écartés ; ses pas sont inégaux et il a de la difficulté à détacher ses pieds du sol. En étudiant les empreintes, on voit que les deux pieds passent souvent du même côté de la directrice. Tout commandement fait au malade exagère le trouble. « Cette allure si spéciale ne peut faire songer, dit A. Sallard, qu'à la sclérose en plaques à laquelle elle appartient en propre ».

Les troubles de la parole sont aussi caractéristiques. Il n'y a ni hésitation, ni accrocs, ni ânonnement ; elle est lente, monotone et scandée. Cette « scansion » ne se rencontre que dans la sclérose en plaques.

Au point de vue oculaire, on a signalé l'inégalité pupillaire, mais elle paraît aussi rare dans la sclérose en plaques que fréquente dans la paralysie générale. En revanche, on observe très souvent des paralysies oculaires et d'une façon à peu près constante du nystagmus. Ce dernier est un des symptômes cardinaux de l'affection et il ne manque presque jamais. L'ophtalmoscope permet de voir la papille décolorée ; pour Parinaud, l'amblyopie serait transitoire. Uthoff aurait cependant constaté dans quelques cas l'existence d'une atrophie blanche totale ; l'amaurose est alors définitive. On

(1) Grasset : Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Marseille, 1899.

a cité la présence fréquente de la dyschromatopsie ; celle-ci se distinguerait aisément de celle de la paralysie générale parce que c'est la vision du rouge qui disparaît la première. Cette recherche est très utile, quoique parfois assez difficile.

Dans la sclérose en plaques on observe en même temps que des troubles moteurs variés, de la contracture, de l'hémiplégie, de la trépidation épileptoïde. Ces divers signes sont très rares dans la paralysie générale.

Je dois dire, pour terminer, quelques mots sur l'urologie de cette singulière affection. On trouve très souvent de la polyurie et de la glycosurie. Or, M. Lallier, pharmacien en chef des Asiles de la Seine-Inférieure, qui a analysé environ 5.000 échantillons d'urine d'aliénés, a proclamé au Congrès de Rouen de 1890, l'incompatibilité de la glycosurie et de la paralysie générale. « Je n'ai jamais trouvé, dit-il, parmi nos paralytiques généraux, un seul diabétique; j'ajoute que parmi les aliénés que j'ai reconnus diabétiques, pas un seul n'est devenu paralytique général ». Dubuisson a continué ces recherches et a confirmé ses conclusions. Maignial n'a jamais trouvé de glucose ; pour lui, « l'aliéné diabétique n'est pas un paralytique général ». Aussi catégorique, cette conclusion paraît exagérée ; des travaux de plusieurs auteurs et en particulier de Rouillard (1) la contredisent. Toutefois, la présence de sucre dans l'urine doit plutôt faire penser à la sclérose en plaques qu'à la paralysie générale, la glycosurie étant au moins très rare dans cette dernière affection.

L'observation suivante rend bien l'impression que donne la sclérose en plaques.

---

(1) Rouillard : *Annales médico-psychologiques*, mai 1888, p. 432

Observation VIII

(Résumée)

(Empruntée à Raymond)

Antécédents héréditaires. — Q..., âgé de 35 ans, représentant de commerce ; son père est mort en état de démence à l'âge de 34 ans. Sa mère vit encore et est d'une bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. — Rougeole, scarlatine, coqueluche, très vigoureux, pas de maladie vénérienne. Pas d'excès alcooliques. Deux enfants bien portants.

Évolution de la maladie. — Il y a 15 mois, s'est mis tout à coup à voir les objets en double ; cette diplopie a duré quatre mois. Zone d'anesthésie depuis le mamelon droit jusqu'au rebord des fausses-côtes durant six semaines. Grande fatigue dans les jambes. En septembre, il peut à peine faire quelques pas. Le tremblement apparaît alors aux membres supérieurs, principalement aux mains.

État actuel. — Force musculaire assez bien conservée aux membres supérieurs. Il en est de même aux membres inférieurs. Réflexes exagérés. Les mouvements intentionnels provoquent un léger tremblement. Démarche tabeto-cérébelleuse, il avance en titubant, les pas sont d'inégale longueur ; la parésie motrice est plus accentuée à droite qu'à gauche. Tremblements de la langue. Embarras de la parole durant depuis trois mois, il scande manifestement.

L'examen des yeux fait constater un nystagmus horizontal. Les pupilles ont sensiblement le même diamètre ; les réflexes

lumineux et d'accommodation sont conservés. Le fond de l'œil est normal.

Enfin, Q... se plaint que sa mémoire a beaucoup diminué ; il est devenu sombre de caractère, impatient et emporté.

M. le professeur Raymond fait ressortir de cette observation l'absence de désordres marqués de l'intelligence et des manifestations somatiques de la paralysie générale. Le diagnostic est en somme facile.

M. *Paralysie agitante.* — Ici, encore, bien que la symptomatologie se rapproche beaucoup de la paralysie générale, il est toujours aussi facile de faire le diagnostic. Dans cette névrose, on observe sans doute du tremblement des extrémités, un léger embarras de la parole et des troubles intellectuels avec tendance à la démence, mais les signes ne manquent pas pour différencier les deux affections.

Le tremblement est permanent, il a lieu au repos, tandis qu'il n'apparaît dans la paralysie générale qu'au moment de la contraction musculaire. Il est bilatéral, à rythme lent, s'accompagnant de mouvements rappelant ceux que l'on fait pour rouler une boulette, pour émietter du pain ou encore pour filer de la laine. Il respecte l'extrémité céphalique et le cou.

L'attitude du Parkinsonien est caractéristique. Charcot en a laissé une description classique. Le malade se lève avec lenteur, tout d'une pièce, il hésite un instant, puis il se lance à pas de plus en plus précipités, comme poussé en avant par une force irrésistible. D'autrefois, il se sent attiré de côté ou en arrière (latéropulsion, rétropulsion) ; sa démarche rappelle celle d'un automate, il est raide, comme soudé.

Comme le fait remarquer Grasset, la durée de la maladie de Parkinson est très longue avant d'entraîner la mort ; l'im-

potence est progressive jusqu'à l'infirmité complète. Il y a dans cette évolution une différence très marquée avec celle de la paralysie générale.

Kœnig (1) a étudié les troubles oculaires chez 10 sujets atteints de paralysie agitante : il a noté du nystagmus, du tremblement des paupières ; mais les pupilles étaient intactes et les réflexes lumineux et accommodateurs bien conservés.

On peut, en résumé, dire que le diagnostic est des plus faciles et qu'il suffit pour cela de noter les particularités du tremblement et des troubles oculaires, de l'attitude figée et de l'évolution même de la maladie.

---

(1) Kœnig : Compte rendu de la Société de Biologie, 27 mai 1893. *Semaine médicale*, 1893, p. 271.

V

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE A LA TROISIÈME PÉRIODE

Arrivé à la phase terminale de la maladie, le paralytique général est confiné au lit ; il ne peut se mouvoir qu'avec difficulté et il faut l'alimenter. Sa démence est complète. A cette période, la paralysie générale peut être confondue avec trois affections : les tumeurs cérébrales, la démence organique et la démence sénile.

A. *Tumeurs cérébrales.* — Le diagnostic en est des plus faciles. La démarche titubante analogue à celle d'un individu en état d'ivresse ou marchant sur le pont d'un navire par gros temps tranche nettement sur la démarche hésitante du paralytique général et éveille de suite l'attention. Il s'y associe de la céphalée, des vertiges, des vomissements en fusée. L'épilepsie Jacksonnienne avec hémiplégie et contractures est très fréquente. Le délire est rare et, quand il existe, il est peu marqué et polymorphe.

Enfin, les troubles oculaires sont ici de la plus grande valeur. La névrite optique est caractéristique. « Au lieu de l'atrophie blanche, dit Sauvineau, nous observons une papille hyperhémiée, rouge-grisâtre, ayant perdu la netteté de ses contours, se confondant sans ligne de démarcation tranchée avec les parties voisines de la rétine. Les artères centrales sont recouvertes par des exsudats, les veines sont volumineuses et flexueuses. » La cécité est fréquente.

Tels sont les principaux symptômes des tumeurs cérébrales ;

on voit qu'ils ressemblent fort peu à ceux de la paralysie générale, aussi l'erreur n'est-elle guère possible. Un examen même superficiel suffirait dans tous les cas à assurer le diagnostic.

B. *Démence organique.* — On donne ce nom à l'affaiblissement radical de l'intelligence survenant à la suite de lésions organiques (hémorragie cérébrale, pachyméningite, foyer de ramollissement, etc.). Cette affection prend souvent les allures cliniques de la paralysie générale, parce que à la démence se superposent des troubles moteurs communs à ces deux maladies. La parole est embarrassée, les pupilles parfois inégales, il y a des ictus apoplectiformes et enfin comme terminaison : le gâtisme, la paralysie et la démence.

Mais la démence organique survient à un âge très avancé, chez les vieillards. Les paralysies sont véritables, permanentes, localisées à un membre (monoplégie) ou à la moitié du corps (hémiplégie). La sensiblerie de l'organique est bien mieux accusée que celle du paralytique général, indifférent à tout ce qu'on lui raconte. Il suffit, au contraire, de demander de ses nouvelles à l'hémiplégique pour le voir aussitôt se mettre à pleurer abondamment.

Chez l'organique, les hallucinations sont plus fréquentes, mais en revanche les accès maniaques beaucoup plus rares que chez le paralytique général.

Les ictus peuvent prêter à confusion. Il faut prendre avec soin la température ; dans l'hémorragie cérébrale, il y a abaissement initial de la température ; dans les ictus de la paralysie générale il y a, au contraire, élévation immédiate. Enfin, dans la paralysie générale le coma est moins profond, les signes moins accusés et les suites moins longues que dans l'hémorragie cérébrale.

C. *Démence sénile.* — Drouet (1) a étudié ce diagnostic différentiel et cite des cas où il a été très difficile à préciser.

Krafft-Ebing fait remarquer cependant que la paralysie générale est très rare après 60 ans, tandis que c'est surtout à partir de cet âge qu'apparaît la démence sénile.

Dans la démence organique, les troubles paralytiques sont plus localisés, ils ont un remarquable caractère de permanence. Il est enfin très rare de remarquer des phénomènes épileptiformes.

L'observation suivante met bien en évidence les caractères de la démence sénile ; il sera facile d'en déduire les éléments du diagnostic.

Observation IX

(Personnelle)

S... Marie, 69 ans, première entrée le 26 août 1904, à l'Asile de Montdevergues. Pas de renseignements sur ses antécédents.

Très agitée, elle va et vient, ramasse des cailloux, des bûches, tout ce qu'elle trouve sous sa main. Elle s'emporte et se livre à des violences quand on lui fait des observations. Elle a frappé son mari et a mordu une infirmière au sein.

Elle tient des propos incohérents et ne se rend nullement compte de l'endroit où elle se trouve. Il est impossible de fixer son attention et d'obtenir une réponse précise. Quel âge avez-vous ? — Je suis d'Alzonne.

— Quel âge à votre frère ? — Huit ou neuf heures.

— Quel âge avez-vous ? — Huit jours, non, 17 ans !

Elle croit être à l'Asile depuis huit ou neuf mois.

---

(1) Drouet : in *Annales méd. psych.*, 1871.

Elle ne reconnaît pas les objets les plus usuels. Elle prend la clef pour une table. On lui montre un lorgnon et elle répond : « Çà, c'est trois œufs ! ».

Tantôt elle dit que son mari est mort, tantôt qu'il est là avec son frère, tout près d'elle dans la pièce voisine. Elle commet de fréquentes erreurs de personnalité ; prend une infirmière pour sa sœur et un interne pour le président de la République.

Troubles intellectuels très accusés. Elle arrive à peine à citer les trois premiers mois de l'année, puis elle se perd. Elle ne peut plus réciter correctement la prière.

Deux sous et quatre sous ? — Cinq sous.

On lui montre une pièce de deux francs qu'elle prend pour six sous.

Désorientation absolue : elle ne peut retrouver son lit ; elle se croit toujours à Nîmes.

Quelques vagues idées de richesse. Elle connaît Rothschild et est plus riche que lui.

Pas de troubles de la marche.

Pas de gène dans l'articulation des mots. Ses réflexes sont normaux. La force est bien conservée pour l'âge : pas de parésie musculaire.

Les pupilles, de dimension moyenne, sont égales, un peu paresseuses, mais réagissent correctement à la lumière et à l'accommodation.

Pas de tremblement : ni de la langue, ni des lèvres. Quand on la fait écrire, elle trace des jambages, mais les traits sont réguliers et ne sont pas tremblés.

Radiale en tuyau de pipe ; pas de lésion cardiaque.

Il ressort de cette observation que dans la démence sénile, le délire n'a pas les mêmes caractères que dans la paralysie générale, et que les troubles physiques pathognomoniques en

quelque sorte de la paralysie générale y font totalement défaut.

En résumé, la paralysie générale peut aux trois périodes classiques de son évolution, simuler une série d'affections nerveuses ou mentales dont il convient de la différencier avec soin.

Le diagnostic est en général aisé. Il suffit d'examiner les caractères du délire et de rechercher soigneusement les symptômes somatiques, véritables « stigmates » de la paralysie générale.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juillet 1905.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 juillet 1905.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Accepté :
Le Président de la Thèse,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction 3

II. Symptomatologie et séméiologie de la paralysie générale 8

III. Diagnostic de la paralysie générale a la phase prodromique 27

A. Neurasthénie 27

B. Excitation maniaque 30

C. Mélancolie 32

D. Folie circulaire 35

IV. Diagnostic de la paralysie générale a la 2e période .. 38

A. Débilité mentale 38

B. Délire des persécutions 43

C. Délire des grandeurs systématisé 45

D. Epilepsie 46

E. Confusion mentale 47

F. Démence précoce 47

G. Alcoolisme chronique 48

H. Polynévrite alcoolique 52

I. Syphilis cérébrale 54

J. Encéphalopathie saturnine 56

K. Tabes 57

L. Sclérose en plaques 61

M. Paralysie agitante 65

V. Diagnostic de la paralysie générale a la 3e période .. 67

A. Tumeurs cérébrales 67

B. Démence organique 68

C. Démence sénile 69

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!